

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**Cuidar a Pessoa submetida a cirurgia cardíaca e**

**família, na orientação pré-operatória.**

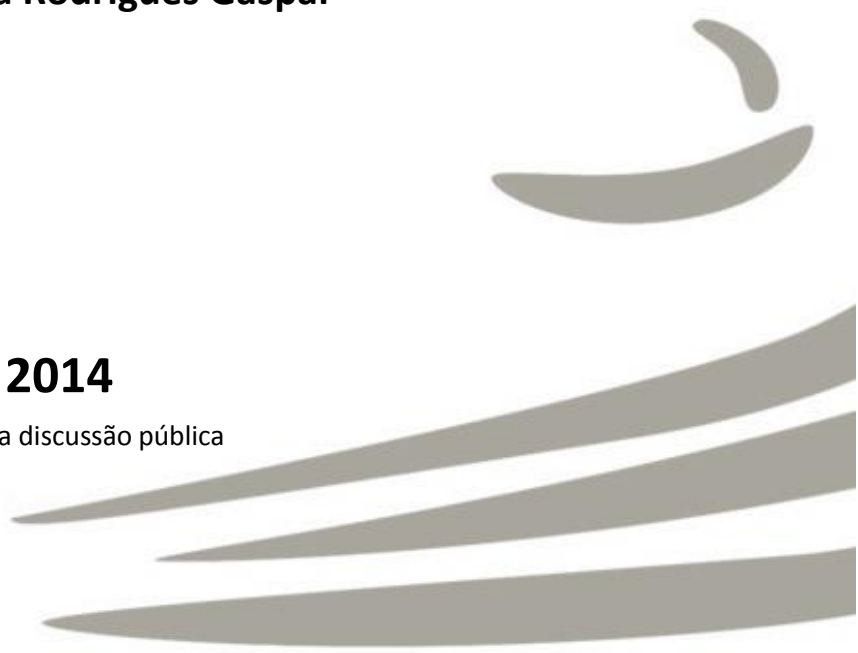
**Uma intervenção de Enfermagem Especializada na**

**Área Pessoa em Situação Crítica.**

**Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**Cuidar a Pessoa submetida a cirurgia cardíaca e  
família, na orientação pré-operatória.**

**Uma intervenção de Enfermagem Especializada na  
Área Pessoa em Situação Crítica.**

**Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar**

**Sob orientação de Professora Anabela Mendes**

**2014**



## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas que vivenciaram situações críticas e famílias, a quem prestei cuidados de enfermagem, por me motivarem à aprendizagem contínua de forma a engrandecer a melhoria do cuidado prestado.

À Professora Anabela Mendes, pela disponibilidade, motivação, incentivo e apoio demonstrados ao longo de todo este percurso.

Aos Enfermeiros-Chefes e Enfermeiro Tutores, de cada contexto de estágio pelo acolhimento, ajuda e partilha.

Aos colegas desta jornada, pela partilha de vivências, saberes e conhecimentos.

Aos meus pais e ao meu marido por acreditarem em mim, pelas suas palavras de incentivo e coragem, levando-me a concluir este percurso mesmo nos momentos de maior cansaço.

## RESUMO

A elaboração deste relatório está enquadrada no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. Visa traduzir o percurso de aquisição de competências que permitirá a obtenção do Grau de Mestre, representando o culminar de três estágio desenvolvidos em duas Unidade de Cuidados Intensivos/serviço de internamento e num Serviço de Urgência Central, de dois grandes Centros Hospitalares de Lisboa.

No decorrer da construção do Projeto de Estágio, pela revisão narrativa verifica-se que o facto de não existirem protocolos, nem um momento formal/específico para a concretização da orientação pré-operatória junto da pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, faz com que não seja atribuída, a este cuidado de enfermagem, a visibilidade merecida, passando a ser descurada pelos próprios enfermeiros, que não investem na sua formação (Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011).

A orientação pré-operatória apresenta-se como um valioso instrumento para a humanização das intervenções de enfermagem, motivando o aumento de confiança e satisfação da pessoa e família, neste momento crítico (Lacchini, et al., 2011).

Segundo Meleis (1991) os cuidados de enfermagem surgem como facilitadores ou inibidores dos processos individuais para a satisfação das necessidades do autocuidado, podendo assim entender-se a orientação como facilitadora da transição vivenciada pela pessoa e família, no momento pré-operatório.

Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, revelaram-se essenciais na compreensão do processo experienciado pela pessoa doente e família e suporte às intervenções de enfermagem, durante o decorrer dos estágios.

Na constante demanda pela satisfação e qualidade dos cuidados prestados, enquanto futura enfermeiro especialista procurei desenvolver competências nos vários domínios, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, das aprendizagens profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidado pré-operatório; orientação pré-operatória; cirurgia cardíaca; cuidado de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The preparation of this report is framed within the 3rd Course Master Degree in Nursing Specialisation Person in Critical Situation. Aims to translate the route of acquiring skills that will allow obtaining the Degree of Master, representing the culmination of three stage developed in two Intensive Care Unit / inpatient service and a Central Emergency Service, Hospital for two major centers of Lisbon.

During the construction stage of the Project, the narrative review, we determined that the fact that no protocols or formal / specific time to achieve the preoperative guidance from the person proposed for cardiac surgery and family, makes not be attributed to this nursing care, the deserved visibility, becoming neglected by the nurses, who do not invest in their training (Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011).

Preoperative orientation appears as a valuable tool for the humanization of nursing interventions, motivating increased trust and satisfaction of the person and family at this critical moment (Lacchini, et al., 2011).

According to Meleis (1991) nursing care emerge as facilitators or inhibitors of individual processes to meet the needs of self-care, and thus understood the guidance as facilitator of the transition experienced by the person and family in the preoperative period.

In this context, the Theory of Transitions Afaf Meleis and Theory of Dorothea Orem Self Care, proved essential for understanding the process experienced by the patient and family support person and the nursing interventions during the course of the stages.

In constant demand for satisfaction and quality of care, as a future nurse specialist tried to develop skills in several areas, including in the field of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, professional learning.

**KEY WORDS:** preoperative care; preoperative orientation; cardiac surgery; nursing care.

## **LISTA DE SIGLAS**

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

	Págs.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1 – ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA FACE À CIRURGIA CARDÍACA .....</b>	<b>11</b>
1.1 – A Pessoa Doente e Família que experienciam uma cirurgia cardíaca: a intervenção terapêutica de enfermagem.....	12
<b>2 – ENQUADRAMENTO DEONTOLÓGICO, CONCEPTUAL E REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>25</b>
3.1 – Módulo I – Estágio em UCI/serviço de internamento.....	27
3.2 – Módulo II – Estágio em serviço de internamento cirúrgico.....	41
3.3 – Módulo III – Estágio em SU .....	46
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>

## ANEXOS

**ANEXO I** – Certificado de Participação nas XIX Jornadas de Cardiologia

**ANEXO II** – Apreciação parcelar do percurso de desenvolvimento de competências em UCI/serviço de internamento

**ANEXO III** – Apreciação parcelar do percurso de desenvolvimento de competências em serviço de internamento cirúrgico

**ANEXO XII** - Apreciação parcelar do percurso de desenvolvimento de competências em SU

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Cronograma de Atividades

**APÊNDICE II** – Plano da Sessão de Formação

**APÊNDICE III** – Sessão de Formação: “Humidificação da via aérea na Pessoa dependente de Ventilação Mecânica: uma intervenção de Enfermagem Especializada”

**APÊNDICE IV** – Resultados dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação

**APÊNDICE V** – Resumo do Poster: “A Pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família: subsídios da intervenção de Enfermagem”

**APÊNDICE VI** - Proposta de Guia de Boas Práticas no âmbito da orientação Pré-operatória

**APÊNDICE VII** – Proposta Folha de Colheita de dados

**APÊNDICE VIII** - Folheto Informativo: “Orientações Pré-operatórias”

**APÊNDICE IX** – Proposta de *Check-list* relativa aos ensinos



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, foi proposta a realização de um Relatório de Estágio, que será objeto de discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre.

O Relatório de Estágio apresenta-se como o trabalho final onde é relatado o que foi observado, realizado e analisado, devendo apresentar no seu conteúdo um enquadramento teórico e metodológico, com vista à elaboração de um trabalho de índole científica (Sousa & Baptista, 2010).

O presente documento, visa assim refletir todo o trabalho desenvolvido ao longo de dezoito semanas de Estágio, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) / um serviço de internamento, num Serviço de Urgência (SU) de dois Centros Hospitalares da grande Lisboa e num serviço de internamento de cirurgia, contexto onde exerço funções, no período compreendido entre 30/Setembro de 2013 e 14/Fevereiro de 2014, sendo a primeira semana destinada a orientação tutorial e perfazendo um total de 25horas/semanais.

Tem como objetivos:

- Justificar a pertinência da temática em foco durante este percurso formativo;
- Contribuir, com base na evidência científica, para o desenvolvimento de uma intervenção especializada, no âmbito da orientação pré-operatória;
- Refletir e analisar criticamente a aquisição de competências que me habilitam para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Para cumprir o primeiro objetivo, contribuiu a concretização do Projeto de Estágio, no decorrer do primeiro ano letivo deste Curso de Mestrado. A sua realização teve por base o descrito por Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010), uma vez que não se centra apenas na investigação sustentada de determinado problema, mas também na tentativa de intervenção para a sua resolução (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

É deste modo entendido, como o estabelecimento de uma dinâmica entre a teoria e a prática, que permitirá ao investigador compreender melhor a realidade da

população afetada pelo problema e planificar de forma direta e dirigida ações para transformar essa realidade, assumindo-se assim o Projecto como produtor de conhecimento. Em última instância, a união entre a teoria e a prática pode ser entendida como potenciadora do desenvolvimento da teoria de Enfermagem, uma vez que a especificidade e a riqueza do conhecimento que advém da prática, contribuem para o desenvolvimento da teoria das ciências de enfermagem (Benner P. , 2001).

Para o desenvolvimento e aquisição de competências baseei-me no Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner. Segundo esta autora, “(...) uma assunção importante do Modelo de Dreyfus é que, com a experiência e o domínio a competência transforma-se” (Benner P. , 2001, p. 59).

Entendo assim que não só os locais de estágio, seleccionados após a realização de idas a campo previamente estruturadas e realizadas no momento da construção do Projeto, como também a revisão da literatura, se assumem como essenciais para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

A evidência científica tem revelado uma discrepância relativamente ao papel do Enfermeiro no âmbito da orientação pré-operatória. Segundo os autores consultados, apesar de esse papel ser entendido como facilitador do processo de transição saúde-doença, vivenciado pela pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, existe ainda uma falha na construção e implementação de programas de orientação pré-operatória, por não se investir na educação dos enfermeiros nesta área (Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011).

Da minha experiência clínica no cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, constato diariamente que a carga social inerente a este tipo de cirurgia é elevada, estando a si associados uma panóplia de sentimentos tais como incerteza, ansiedade, medo. Entendo que estes sentimentos, relacionados com o momento pré-operatório, com o desfecho da cirurgia, com o pós-operatório imediato e com o próprio momento da alta hospitalar, surgem como fatores inibidores do processo de transição saúde-doença, vivenciado pela pessoa doente e família.

Assim, verifico que o incentivo ao desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, para a prestação de cuidados humanizados e de qualidade à pessoa doente e família, que vivenciam esta situação crítica, é fundamental.

Considereei que a Teoria das Transições de Afaf Meleis bem como, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem seriam fundamentais na compreensão da temática em estudo, bem como na fundamentação e estruturação das intervenções de enfermagem, considerando o desenvolvimento de competências pretendido.

Para sua melhor compreensão, optei por estruturar este documento da seguinte forma:

- No primeiro capítulo irei dar a conhecer o resultado da pesquisa bibliográfica no âmbito da orientação pré-operatória, construindo a revisão da literatura, essencial para a justificação da problemática em estudo;
- O segundo capítulo contempla o enquadramento deontológico, concetual e referencial teórico, fundamentais na compreensão do processo vivenciado pela pessoa doente e família no momento pré-operatório;
- No terceiro capítulo serão apresentados a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas com vista à obtenção das competências pretendidas;
- Em último lugar, a conclusão como síntese do trabalho desenvolvido e perspetivas de continuidade de trabalho.



# **1 – ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA FACE À CIRURGIA CARDÍACA**

A orientação pré-operatória surge como uma intervenção autónoma de enfermagem, associada ao incremento da qualidade e humanização do cuidado prestado. Entendo assim importante, compreender os conceitos que se prendem com esta temática.

Segundo Carvalho, Pereira, Filho, & Vasconcelos (2010, p. 85) a cirurgia é “o procedimento terapêutico invasivo para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos, que implica a remoção ou reparação de um órgão ou parte deste”. Para os mesmos autores, o doente cirúrgico é definido como a pessoa que irá ser submetida a uma cirurgia eletiva ou de urgência/emergência.

Souza (2004, p. 2) descreve a percepção de cirurgia cardíaca como “ (...) uma situação transformadora do corpo, que certamente desencadeará mudanças e transições, gerando novas percepções sobre a vida futura”. Estimando-se a realização de cerca de 2000 cirurgias cardíacas em todo o mundo, a cada dia (Rosner, Portilla, & Okusa, 2008).

Para além da definição de cirurgia e doente cirúrgico importa ainda compreender a definição de momento pré-operatório, que de acordo com Lacchini, et al. (2011, p. 1022), “é o período compreendido desde a véspera da cirurgia até ao momento em que o doente é recebido no centro cirúrgico”. Bem como a definição de orientação pré-operatória, entendida por Baggio, Teixeira, & Portella (2001, p. 126) como “o momento da assistência de enfermagem em que a enfermeira e o paciente cirúrgico cardíaco interagem”.

Importa agora compreender, o modo como pessoa e família experienciam o momento de cirurgia cardíaca e que intervenções de enfermagem se configuram como facilitadoras.

## **1.1 – A Pessoa Doente e Família que experienciam uma cirurgia cardíaca: a intervenção terapêutica de enfermagem**

Pela evidência científica proporcionada pela revisão de literatura, é meu propósito justificar a pertinência da intervenção de enfermagem especializada, junto da pessoa doente e família no momento pré-operatório.

A pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, no momento que a antecede, vivenciam sentimentos de angústia, medo e ansiedade. Estes sentimentos não estão apenas associados à incógnita relativamente ao desfecho da cirurgia mas também, ao afastamento do ambiente social, familiar e das rotinas diárias a que o próprio internamento obriga (Souza, 2004). Todos estes fatores contribuem para engrandecer o sofrimento da pessoa proposta para cirurgia e família, perante a ideia de um futuro incerto (Lapum, Peter, Angus, & Watson, 2011).

Souza (2004) acrescenta que esses sentimentos são vivenciados com maior intensidade pela pessoa que irá ser submetida a cirurgia cardíaca, do que por outras pessoas que irão ser submetidas a outros tipos de cirurgia. Este facto prende-se sobretudo com a conotação social atribuída ao coração, já que este órgão é entendido como vital.

Indo de encontro ao já explicitado, Camponogara, et al (2012), afirmam que as principais dúvidas manifestadas pela pessoa submetida a cirurgia cardíaca estão relacionadas com a prática de exercício físico e das atividades diárias, o regresso ao trabalho, os hábitos alimentares, o cuidados à ferida operatória e à gestão do regime terapêutico.

Como forma de atenuar esses medos, incertezas e dúvidas, surge a orientação pré-operatória, entendida como uma intervenção autónoma de Enfermagem cujo objetivo é: fornecer informações à pessoa a ser submetida a cirurgia e família, de forma a esclarecer as suas dúvidas e explicar possíveis situações a serem experienciadas (Baggio, Teixeira, & Portella, 2001).

Sendo entendida como vital para o tratamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, a orientação pré-operatória, permite responder às dúvidas da pessoa e família, acerca dos momentos do pré-operatório, da recuperação e preparação da alta (Goodman, 2009).

Perante esta contextualização assume-se que é de facto primordial, que no momento pré-operatório a pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca e família, recebam informações/orientações apropriadas, que auxiliem na tomada de decisão e que lhes proporcionem maior segurança (Pritchard, 2011).

Por outro lado, a orientação pré-operatória, proporciona ainda uma maior tranquilidade, otimismo e sensação de bem-estar na pessoa e família, no período após a cirurgia, ao mesmo tempo que promove uma diminuição do tempo de internamento, da necessidade de analgesia no pós-operatório e maior adesão aos ensinamentos de preparação para a alta (Garretson, 2004; Pritchard, 2011; Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011).

Posto isto, o objetivo das intervenções de enfermagem neste período, “(...) deverá ser o amenizar do seu desconforto, implementando medidas que reduzam o medo e a ansiedade pré e pós-operatória” (Lacchini, et al., 2011, p. 1023).

A orientação pré-operatória está incluída nos cuidados de enfermagem (Goodman, 2009). O papel educativo está inerente ao papel do enfermeiro, já que este é o profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa doente e família, tendo maior oportunidade de os conhecer e interagir com eles (Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011). Deste modo, é o enfermeiro quem detém maior capacidade para avaliar o processo educativo da pessoa doente e família, tendo em conta as suas crenças, valores e o seu autoconhecimento do processo de transição saúde-doença presente (Dantas & Aguillar, 2001).

Face ao exposto,

(...) o enfermeiro, ao fornecer orientações pré-operatórias, precisa estar aberto à inclusão de questões variadas no processo de orientação, de forma a permitir que as dúvidas sejam esclarecidas e que as pessoas tenham noção real sobre o processo de reabilitação, para não alimentar falsas expectativas (Camponogara, et al., 2012, p. 388).

Para isso, é dever do enfermeiro durante esta intervenção, ouvir intencionalmente a pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca e família, estabelecendo um

relacionamento interpessoal indispensável para a identificação dos significados que a pessoa dá à doença, ao internamento e ao tratamento cirúrgico (Souza, 2004).

Aos enfermeiros devem assim estar associados conhecimentos adequados, habilidades e atitude positiva, para que possam ajudar a pessoa proposta para cirurgia a enfrentar este evento crítico (Chan, Kan, Lee, Chan, & Lam, 2011).

Leal (2006) entende que as consultas de enfermagem pré-operatórias;

*(...) propiciam uma relação mais individualizada, na qual é possível identificar necessidades, facultar informações diversas e responder às questões do indivíduo, melhorando o seu conforto e segurança e fomentando o seu envolvimento no processo de cuidados, numa fase precoce do pré-operatório (Leal, 2006, p. 198).*

Entende-se assim, que a orientação pré-operatória, representa um valioso instrumento para a humanização das intervenções de enfermagem no momento pré-operatório, uma vez que o enfermeiro proporciona apoio emocional, atenção e orientações à pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca, neste momento crítico (Lacchini, et al., 2011). E desta forma, ao prestar cuidados humanizados, conduz a um aumento do nível de confiança e satisfação dos atores desta relação terapêutica (Pritchard, 2011).

Um dos autores dessa relação é a família, que não pode ser esquecida. Importa incluí-la na orientação pré-operatória, até porque segundo Benner, Stannard, & Kyriakidis (2011) um aspeto central dos cuidados de enfermagem a prestar aos familiares prende-se com a transmissão de informações acerca do estado de saúde do seu ente querido. Este cuidado de enfermagem, para além de imprimir satisfação face aos cuidados de enfermagem, facilita também a transição vivenciada pela família.

Apesar da evidência científica apontar para os benefícios mencionados até então, existe ainda uma falha na construção e implementação de programas de orientação pré-operatória por não se investir na educação dos enfermeiros nesta área e por não se reconhecerem as suas vantagens económicas a longo prazo (Santos, Henckmeier, & Benedet, 2011).



Os mesmos autores acreditam que o facto de não existirem protocolos e um momento formal/específico para a realização da orientação pré-operatória à pessoa doente e família, faz com este cuidado de enfermagem não tenha visibilidade e passe a ser descurado pelos próprios enfermeiros. Cabe, a estes profissionais de saúde, a função de dar a conhecer às instituições onde desempenham o seu exercício profissional, a pertinência e relevância da orientação pré-operatória, reforçando os seus benefícios para a rápida recuperação da pessoa doente.

Para além desta barreira para a atuação do enfermeiro neste âmbito, existem ainda uma outra barreira descrita por Lapum, Peter, Angus, & Watson (2011), relacionada com o período de internamento relativamente curto. Para Fisher, Walsh, & Cross (2002, p. 467) esta redução do tempo de internamento “aumenta a pressão sobre os enfermeiros para prestarem cuidados de qualidade num ambiente dinâmico onde predomina o stress.”

No estudo de Camponogara, et al. (2012) os autores reportam para uma realidade descurada em outros estudos de investigação neste âmbito: poucas são as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca que recordam as orientações de enfermagem realizadas no período pré-operatório. Identificam como fator que conduzem a esta problemática, a ritualização desta intervenção de enfermagem, devido em grande parte à falta de formação já referida por outros autores, e à própria linguagem tecnicista utilizada, muitas vezes impercetível e que gera ainda mais ansiedade e preocupação.

Para além disso, na maioria dos estudos de investigação neste âmbito, conclui-se que existe ainda uma “ (...) lacuna no conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e o processo de recuperação (...) ” por parte da pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca (Camponogara, et al., 2012, p. 386).

Nos últimos anos as práticas cirúrgica e o papel da Enfermagem, no que respeita à orientação pré-operatória, sofreram grandes alterações, necessitando por isso de sofrer alguns reajustamentos, passando a englobar obrigatoriamente “ (...) consultas de enfermagem pré-operatórias e o acompanhamento após a alta, nomeadamente através do telefone e da visitação domiciliária” (Leal, 2006, p. 197).

Na prática, estes reajustamentos não se concretizaram na maioria das realidades hospitalares, o que prejudicou não só a pessoa submetida a cirurgia como também, os próprios enfermeiros que desenvolvem a sua prática neste contexto, já que o tempo e qualidade da sua intervenção junto desta pessoa e família são reduzidos (Leal, 2006).

Constato assim, que devem ser construídos guias de boas práticas que explicitem as informações a transmitir à pessoa doente e família, que vivenciam esta situação crítica, de forma não só a atenuar os sentimentos já relatados mas também de uniformizar a informação a transmitir. Considera-se igualmente relevante que se garanta a adequação da informação à pessoa/família com quem nos deparamos.

## **2 – ENQUADRAMENTO DEONTOLÓGICO, CONCEPTUAL E REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo, é minha intenção ilustrar o quadro concetual e o referencial teórico que serviram de suporte à construção deste relatório.

As competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de Formação, bem como as competências enunciadas nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro na Área de Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foram primordiais para a construção deste documento, assim como a fulcral orientação da Professora Anabela Mendes

Indo de encontro aos Descritores de Dublin (Direcção Geral do Ensino Superior, 2000) para obter o grau de mestre terei de demonstrar deter conhecimentos na resolução de problemas em situações novas/complexas, e ter a capacidade de integrar esses conhecimentos, no desenvolvimento de soluções para essas situações, refletindo e analisando as questões éticas, económicas, políticas e sociais que lhe estão inerentes. É ainda importante, que consiga analisar criticamente o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática e desenvolva projetos, que reflitam e questionem as práticas e paradigmas existentes ao nível da Enfermagem.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, realizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), define especialista como sendo:

(...) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2011, p. 2)

Neste Regulamento, preconiza-se que o enfermeiro especialista promova na equipa onde está inserido, práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e desenvolva uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (Artigo 5º). Deste modo, no exercício profissional, a sua

tomada de decisão deve basear-se não só no conhecimento como também na experiência e deve ser guiada pelo Código Deontológico. De facto, a constante demanda pela satisfação da pessoa doente face aos cuidados de enfermagem, torna imprescindível que o seu exercício profissional seja pautado pelo desenvolvimento de competências de vários domínios, de entre os quais o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O caminho a seguir para a melhoria contínua da qualidade em saúde implica uma tomada de decisão ligada ao agir ético, daí a importância de descrever e analisar as questões éticas com as quais me deparei ao longo dos estágios.

Indo ao encontro da temática central deste percurso formativo, considero importante referir que no âmbito ético e deontológico, a informação transmitida pelo enfermeiro à pessoa proposta para cirurgia cardíaca, irá dotá-la de conhecimentos que lhe permitem consentir os cuidados de enfermagem que lhe irão ser prestados, de forma livre e esclarecida, respeitando-se assim, o seu direito à autonomia. Deste modo, a pessoa é reconhecida “como um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 91). Este direito de autonomia está intrinsecamente ligado ao dever de informação, que assiste o enfermeiro na sua prática clínica (Artigo 84º, do Código Deontológico do Enfermeiro).

Neste contexto, importa ainda referir que a família da pessoa doente não pode ser esquecida, pelo seu envolvimento nos cuidados, tal como é mencionado no Artigo 89º - Da humanização dos cuidados, que consta no Código Deontológico do Enfermeiro, onde se refere a importância de entender a “ (...) pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (...) (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 141). Ao envolver a família em todo o processo de cuidados, é importante que o enfermeiro desenvolva conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação com a pessoa doente e família e demonstre estratégias que facilitem esse processo comunicacional (OE, 2011).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro na Área de Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, diz-nos que os cuidados de enfermagem especializados:

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de detetar e prever precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2011, p. 1).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pessoa em situação crítica é entendida como:“ (...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p. 1).

Meleis (1991) acrescenta que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, para além do descrito pela OE, facilitam ou inibem os processos individuais para satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela. Conclui-se assim que Meleis (1991), ao afirmar que o propósito da Enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição, como por exemplo em caso de acidente ou doença aguda/crónica, com vista ao seu bem-estar, torna claro que a pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca no momento pré-operatório, deve ser entendida como uma pessoa em situação crítica, já que se encontra a vivenciar um processo de transição saúde-doença.

Durante este percurso formativo pretendo alcançar o nível de perita, um dos níveis de competência na prática clínica de enfermagem, enunciados por Benner, através de processos de teste e refinamento “de propostas, hipóteses e expectativas fundadas sobre os princípios em situações da prática real” (Benner P. , 2001, p. 30). A prática surge assim, como meio facilitador da produção de conhecimentos e “ é só a partir das suposições e das expectativas incluídas na prática da enfermeira perita que são colocadas perguntas destinadas a experiências científicas e à construção de uma teoria” (Benner P. , 2001, p. 58). Posteriormente deve proceder-se ao registo das práticas dos peritos, contribuindo deste modo, para o desenvolvimento da ciência de enfermagem (Benner P. , 2001).

Entendo assim, que a metodologia reflexiva assume importância ao longo de todo o relatório, uma vez que a reflexão sobre a prática permite que o enfermeiro aborde a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático adquirindo conhecimentos fundamentados e sustentados nessa mesma prática (Fernandes & Santos, 2004). Entendo assim que cada um assume responsabilidade pelo seu percurso formativo, dando significado próprio às suas experiências, compreendendo-as e cruzando a sua reflexão sobre essas experiências com o conhecimento científico.

Indo de encontro a este ponto de vista, o desenvolvimento da profissão de Enfermagem deve “seguir” na direção da Enfermagem Avançada, da Enfermagem com mais Enfermagem. Neste sentido, o exercício profissional tem de evoluir de uma lógica executiva para uma lógica mais conceptual, dando uso ao conhecimento da disciplina, que é criado e representado a partir das teorias de Enfermagem e da investigação, com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (Silva, 2007).

Colley (2003) acrescenta que as teorias de Enfermagem auxiliam o enfermeiro na tomada de decisão, possibilitando a construção de uma identidade profissional, o crescimento do conhecimento da profissão e em última instância, permitem que a pessoa doente, outros profissionais de saúde bem como os gestores da saúde, reconheçam a relevância da Enfermagem no seio dos serviços de saúde.

Contudo, para a tomada de decisão contribuem não só as teorias de enfermagem mas também, fatores de índole pessoal (como as crenças, valores, atitudes, tradições e a própria competência clínica – que engloba a educação formal e os conhecimentos veiculados pela prática), de índole organizacional (nomeadamente rotinas do serviço), relacionados com a própria pessoa doente e família e com a evidência de investigação atualizada (Craig & Smyth, 2002).

Partindo do princípio de que a atuação do Enfermeiro deve ter na sua base um referencial teórico, baseando a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, tornando-se assim importante que a construção deste relatório tenha na sua base um quadro conceptual (OE, 2011).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, revelaram-se essenciais na compreensão do processo experienciado pela pessoa doente e família e suporte às intervenções de enfermagem.

Por meio da Teoria de médio alcance de Afaf Meleis, as transições apresentam-se como o foco de atenção em enfermagem. A compreensão da natureza da transição das condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição, bem como dos padrões de respostas torna-se essencial, para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem concordantes com a unicidade da pessoa doente e família, promovendo respostas saudáveis para essa mesma transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

O enfermeiro surge como o principal cuidador da pessoa doente e família que se encontram num processo de transição, preparando-os e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências (Meleis A. I., Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

A pessoa doente e família perante a cirurgia cardíaca experienciam um processo de transição em saúde-doença e nele uma panóplia de sentimentos, tais como a ansiedade, medo e incerteza face ao futuro. As condições pessoais - significado ou crenças culturais - bem como a própria preparação e conhecimentos prévios à cirurgia, podem traduzir-se em fatores inibidores/facilitadores deste processo. De facto, para Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) a preparação antecipada facilita a transição ainda que, intrinsecamente relacionada com essa preparação, está o conhecimento acerca daquilo que a pessoa doente espera do processo de transição e das estratégias que poderão ser facilitadoras desse processo.

Deste modo, a orientação pré-operatória pode assumir-se como uma condição facilitadora da transição experienciada. Permitirá, a ação do enfermeiro, dotar a pessoa doente e família, de conhecimentos que os preparem para enfrentar essa transição tendo como *Outcome* o domínio/aquisição de novas competências, para conseguirem gerir esta transição (mestria). A mestria adquire-se lentamente e traduz-se em novas capacidades, competências e comportamentos adequados para lidar com as situações.

Neste contexto, importa referir que uma transição processa-se de forma tão saudável, quanto maior for o domínio das habilidades e comportamentos que a pessoa demonstre na gestão da sua nova situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Os objetivos e resultados esperados pelos enfermeiros decorrentes das suas intervenções são o desempenho apropriado das ações e comportamentos por parte dos indivíduos com vista a obterem ganhos em saúde. Deste modo, o autocuidado também é considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012, p. 14).

O exercício do autocuidado surge assim como o resultado sensível à prática de enfermagem pretendido, mediante a execução das intervenções de enfermagem, mais concretamente dos ensinamentos e orientações pré-operatórias à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família. Esse autocuidado está relacionado como o autocuidado no desvio da saúde proposto por Orem (1991) que é definido como aquele que “é exigido em situações de doença ou de lesão ou pode resultar das medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição (...)” (Foster & Bennett, 2000, p. 85).

Para Orem (1991) os métodos de ajuda a seguir pela enfermeira passam por guiar e orientar, educar e proporcionar apoio físico e psicológico, métodos esses que se encontram intrinsecamente ligados à orientação pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia cardíaca. Estes promovem a responsabilização da pessoa doente pelo cuidado de saúde, facilitando em última instância, a alta hospitalar precoce. (Foster & Bennett, 2000).

De facto, “As orientações de enfermagem, no período pré-operatório, são fundamentais para se buscar a corresponsabilização dos pacientes pelo processo de autocuidado” (Camponogara, et al., 2012, p. 382).

Na concretização da Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (1991) refere que existem três classificações de sistema de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado da pessoa doente, sendo um deles o sistema de apoio-educação, em que o papel da enfermeira é o de promover a pessoa como um agente do autocuidado.



Neste sistema, as exigências de ajuda da pessoa doente “(...) estão confinadas à tomada de decisão, ao controle de comportamento e à aquisição de conhecimentos e habilidades” (Orem, 1991, p. 291). Face ao exposto, Petronilho (2012, p.27) acrescenta que “o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento de atividades do autocuidado”.

Importa ainda referir que segundo Orem (1991) todas as pessoas doentes têm potencial para aprender e desenvolver-se, contudo esse potencial é influenciado por vários fatores tais como; idade, capacidade mental, cultura, sociedade e estado emocional, a ter com conta no momento da realização da orientação pré-operatória.

Deste modo pode considerar-se que a orientação pré-operatória “(...) envolve elementos biopsicossociais de grande importância para o sucesso do tratamento e vitais para otimizar a participação do indivíduo no processo de recuperação e autocuidado” (Camponogara, et al., 2012, p. 383).

A pessoa proposta para cirurgia cardíaca, passa a sentir-se mais ativa e co-responsabilizada pelo seu autocuidado no momento em que detém consciência e conhecimento sobre os procedimentos a que irá ser submetida, o ambiente de cuidados onde permanecerá e sobre o seu processo de recuperação, sentindo que a sua autonomia é valorizada (Camponogara, et al., 2012).

Já no momento pós-operatório, a pessoa submetida a cirurgia cardíaca confronta-se com a necessidade de mudar o seu papel, no que respeita a um conjunto de atividades do quotidiano. No momento da alta, terá de incorporar nas suas práticas, cuidados que lhe serão ensinados pelos enfermeiros ao longo do seu internamento, ensinos esses que irão dotá-los de conhecimentos para o exercício de autocuidado.

Por vezes, a pessoa poderá sentir dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e objetivos associados a esse papel. Segundo Meleis (2010), poderá existir uma disparidade entre o cumprimento de obrigações e as expectativas para o desempenho de determinado papel, que pode ser manifestada por sentimentos de ansiedade, dor entre outros. Cabe aos enfermeiros adotar intervenções preventivas ou terapêuticas para prevenir ou diminuir esses

sentimentos (Meleis, 2010). A orientação pré-operatória concretiza-se numa dessas intervenções.

### 3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Perante a justificação da pertinência do tema, concluo que papel da Enfermagem especializada na educação e orientação, da pessoa e família no momento pré-operatório, assume real importância e destaque.

É minha intenção trabalhar a orientação pré-operatória, proporcionada pelos enfermeiros, como facilitadora do processo de transição em saúde vivenciado pela pessoa que irá ser submetida a cirurgia cardíaca e família.

Pela concretização deste percurso formativo, crítico e reflexivo pretendo obter,

*(...) consideráveis valias pessoais, desenvolver autonomia da profissão e demonstrar à sociedade a importância da enfermagem para a saúde das populações (...) demonstrando que o retorno à vida produtiva é mais precoce nas pessoas que receberam o apoio de enfermagem adequado antes, durante e depois de uma intervenção cirúrgica (Leal, 2006, p. 197).*

Defino assim como OBJETIVO GERAL:

- Adquirir e desenvolver competências especializadas de Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, no âmbito da orientação pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família.

Este percurso formativo inicia-se no momento da construção do Projeto de Estágio, com a revisão da literatura relativa à problemática em estudo, e pela seleção dos campos de estágio.

Tendo como finalidade agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa que vivencia situações críticas de saúde e família, com ênfase no âmbito da orientação pré-operatória, determinei inicialmente a necessidade de realizar estágios em serviços cuja intervenção incide na pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família. Pela necessidade que o próprio curso de Mestrado impõe, surgiu também a necessidade de adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família, que recorrem ao SU.

Partindo desta premissa, para a seleção dos campos de estágio foram importantes as discussões com os Enfermeiros-Chefes de serviços de referência e com os Enfermeiros peritos na área da orientação pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, bem como as idas a campo previamente estruturadas.

O primeiro campo de estágio selecionado – Módulo I – Estágio em UCI/serviço de internamento, não só me permitia desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia cardíaca em contexto de UCI, como também se revelou de excelência no âmbito da orientação pré-operatória. Este estágio decorreu desde 7/Outubro de 2013 a 8/Dezembro de 2013, num total de nove semanas.

O segundo campo de estágio selecionado – Módulo II – Estágio em serviço de internamento cirúrgico, onde desenvolvo a minha atividade profissional, surge devido às necessidades de formação da equipa e de construção de um guia de boas práticas, no âmbito da orientação pré-operatória, evidenciadas por conversas formais com a Enfermeira Chefe e enfermeiros do serviço. Este estágio decorreu desde 9/Dezembro de 2013 a 20/Dezembro de 2013, no total de duas semanas.

Já o terceiro e último campo de estágio – Módulo III- Estágio em SU, selecionado por ser um SU central com grande afluência populacional, a par da necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação urgente/emergente e família, por não ter experiência nesta área específica. Este estágio decorreu desde 6/Janeiro de 2014 a 14/Fevereiro de 2014, no total de seis semanas.

Para cada campo de estágio foram estabelecidos objetivos específicos, bem como as atividades a desenvolver para os atingir, conduzindo à aquisição e ao desenvolvimento de competências específicas. Deste modo, considero que o meu percurso formativo e reflexivo está assente nos pressupostos de Benner (2001, p. 24) já que a autora refere que “A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas”.

De forma a melhor sistematizar todo o percurso formativo a desenvolver no segundo ano letivo deste Mestrado, foi construído um cronograma de atividades (APÊNDICE I).

Sob o meu ponto de vista, as competências não se desenvolvem unicamente pela execução de técnicas nem pela “quantidade” de conhecimentos que cada enfermeiro detém, mas complementam-se com a reflexão crítica alicerçada na evidência científica produzida.

Surge assim, a necessidade de concretizar a revisão da literatura mediante a pesquisa realizada nas bases de dados EBSCOhost e ScienceDirect. Identifiquei, como pertinentes, os seguintes descritores: *preoperative care; patient education; heart surgery; continuity of care; nurse and family experience*. Foram ainda consultadas outras fontes, cujos autores são relevantes para o desenvolvimento da temática central do relatório.

Todo este percurso formativo foi alicerçado num pensamento reflexivo de forma a sustentar a aquisição e desenvolvimento de competências pretendidas que me habilitam para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica. Julgou-se pertinente a construção de dois jornais de aprendizagem e um estudo de caso, bem como a participação em congressos e seminários cujas temáticas se assumiam como pertinentes.

A realização da revisão da literatura no que respeita à pertinência do cuidado de enfermagem, que representa a orientação pré-operatória, não só para a pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família como também para a própria disciplina de Enfermagem, decorreu desde a elaboração do Projeto até ao término deste documento, permitindo-me assim atingir um dos objetivos específicos deste percurso académico: **desenvolver competências, baseadas na evidência científica e na disciplina de Enfermagem, na orientação pré-operatória à pessoa e família.**

### **3.1 – Módulo I – Estágio em UCI/serviço de internamento**

Durante um período de nove semanas, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem à pessoa e família nos períodos de pré e pós-operatórios.

No culminar da construção do Projeto, foram identificados os objetivos específicos a atingir neste campo de estágio, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Esses objetivos são seguidamente apresentados, bem como as atividades a desenvolver para os atingir.

- **Objetivos Específicos**

- ✓ Desenvolver competências na comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família;
- ✓ Desenvolver competências para assistir a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, nas perturbações emocionais decorrentes deste momento crítico;
- ✓ Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no período pós-operatório;
- ✓ Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

- **Atividades a desenvolver para atingir estes objetivos**

- ✓ Conhecer a estrutura física, organização e equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família;
- ✓ Colaborar na orientação pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, na consulta de enfermagem pré-operatória;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem, à pessoa em situação crítica, no momento de pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em UCI;
- ✓ Analisar criticamente situações vivenciadas junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, nos períodos pré e pós operatórios, identificando os benefícios da orientação pré-operatória.

A visita guiada ao serviço foi de extrema importância para conhecer a sua estrutura física e organizacional. Este serviço comporta não só a UCI, onde permaneci na

maior parte do tempo, como também a enfermaria e o gabinete de consulta de enfermagem pré-operatória/follow-up.

A UCI comporta nove camas distribuídas de forma ampla e três quartos de isolamento (atribuídos a pessoas submetidas a transplante cardíaco/pulmonar); a Unidade de Cuidados Intensivos Intermédios (cuja abertura está dependente não só da disponibilidade de enfermeiros, como também do próprio estado clínico das pessoas submetidas a cirurgia) comporta oito camas; a Enfermaria, sendo o sector maior, tem vinte e oito vagas disponíveis.

No que reporta à equipa de enfermagem, exerce a sua atividade profissional mediante o método de trabalho do enfermeiro responsável, atuando não só nestes sectores como também no gabinete de Consulta de Enfermagem Pré-Operatória/Follow-up.

Ao refletir na dinâmica deste serviço, constato que existe uma preocupação por parte da Enfermeira-Chefe em ajustar o número de enfermeiros escalados para cada turno ao número/especificidade de doentes existentes (principalmente na UCI) e à própria rotatividade que se espera para determinado turno (consoante o número de cirurgias programadas, a existência de situações de urgência, entre outros fatores), podendo transferir enfermeiros de um turno para outro para que o rácio enfermeiro-doente seja o adequado.

Segundo Valentim (2009) citado por Fragata (2011) o erro associado aos cuidados de saúde prestados em UCI está relacionado com vários fatores, entre eles o incorreto rácio enfermeiro-doente, colocando-se a segurança deste último em risco. Ao tomar consciência desta situação, entendo que neste serviço, existe uma real preocupação com a prestação de cuidados de enfermagem seguros e, consequentemente de maior qualidade.

Este serviço é similar ao serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional, inegavelmente este facto facilitou a minha integração na dinâmica dos cuidados a prestar à pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família.

Neste contexto a equipa de enfermagem era autónoma na manipulação de certa tecnologia com a qual nunca havia contactado, exemplo disso é o *cell-saver* -

máquina de autotransusão. Procurei assim aprofundar conhecimentos neste âmbito, absorver os conhecimentos que a enfermeira tutora me transmitiu acerca desta técnica, tornando-me competente no seu manuseamento e conhecendo também, as suas indicações e utilidade.

Segundo o Parecer nº03/2013 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, os *cell-saver* são sistemas de recuperação intraoperatória de sangue, constituindo uma modalidade de transfusão autóloga usada em algumas práticas cirúrgicas. Embora a sua utilização seja mais frequente no ambiente controlado do bloco operatório, neste serviço é comumente utilizado no pós-operatório imediato em contexto de UCI.

Apesar de contactar com o ambiente altamente tecnológico, que caracteriza a UCI, este não monopolizou as minhas intervenções, já que considero que a verdadeira essência de enfermagem engloba ainda a singularidade da pessoa doente e família. Na UCI a enfermeira “ (...) tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente” (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 6).

No decorrer desta premissa, constatei que cada pessoa proposta para cirurgia cardíaca e cada família vivencia a experiência os períodos pré e pós operatórios, de forma diferente, desenvolvendo assim perturbações emocionais distintas.

No decorrer deste estágio, verifiquei que essas perturbações emocionais surgem desde que a pessoa doente e família são confrontadas com a necessidade de cirurgia. Na maioria das consultas de enfermagem pré-operatórias a que assisti, pessoa e família revelam as suas preocupações iniciais, relacionadas na maioria das vezes com o tipo de cirurgia e com os riscos que lhe estariam associados, revelando medo e ansiedade.

Após a decisão clínica da necessidade de cirurgia transmitida pelo médico, a pessoa doente e família são encaminhados para a consulta de enfermagem pré-operatória, que ocorre em média 2 a 3 meses antes da cirurgia. Durante esta consulta o enfermeiro assume a responsabilidade de proceder à colheita de dados pessoais,



procurando entender quais os significados que pessoa doente e família atribuem à cirurgia e diagnosticar as suas necessidades em cuidados de enfermagem.

Importa que a pessoa doente e família entendam a informação veiculada pelos próprios, será sob proteção da confidencialidade/sob sigilo e que a sua utilidade e pertinência deverá contribuir apenas, para a personalização dos cuidados. Deste modo, estará a ser respeitado o preconizado pelo Artigo 85º - Do dever do sigilo, do Código Deontológico do Enfermeiro.

São ainda facultados folhetos informativos, adequados ao tipo de cirurgia para que a pessoa doente e família no domicílio, durante o tempo em que aguardam a cirurgia, processem toda a informação que lhes foi transmitida. Estes materiais escritos (folhetos informativos), vão de encontro aos múltiplos estilos de aprendizagem existentes, proporcionando ensino centrado no cliente com informações concretas e básicas. Para que esse material se assuma como eficaz é importante que o profissional de saúde, reveja o seu conteúdo conjuntamente com a pessoa doente e família, para avaliar o que está já apreendido e se ainda existem dúvidas (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Considero que a pertinência da consulta pré-operatória se centra na possibilidade de preparar a pessoa e família para o processo de transição que irão vivenciar, meses antes da própria cirurgia, podendo por exemplo refletir, desde cedo, no momento de regresso ao domicílio. Tal como é afirmado nos Padrões de Qualidade, “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...)” (OE, 2011, p. 11). O enfermeiro deverá então, promover a aprendizagem de forma a “(...) aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (OE, 2011, p. 11).

Foi-me possível prestar cuidados de enfermagem de forma direta à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, no período pré-operatório mais concretamente na véspera da cirurgia, na enfermaria. É no turno da tarde que são realizados, não só os ensinamentos relativos à preparação física necessária à cirurgia, bem como o esclarecimento de dúvidas. Para isso, a pessoa doente é encaminhada para uma sala contígua ao serviço, o que sob o meu ponto de vista providencia a privacidade e

calma que este momento educacional exige. Após consultar o protocolo referente à informação a transmitir à pessoa doente e família no período pré-operatório, bem como aos cuidados de enfermagem a prestar neste período, senti-me competente para assumir este cuidado.

Contudo, no primeiro momento em que o prestei, senti que estava aprisionada ao protocolo, falando em tom monótono e rápido, sem dar espaço à pessoa doente e família para expor os seus anseios. Tomando consciência da importância do respeito pela sua individualidade, a mudança de comportamento era vital para a prestação de um cuidado com qualidade. Assim, num tom pausado, questionei a pessoa quanto às suas dúvidas, favorecendo a expressão de sentimentos face à transição que vivenciava. De facto, é importante que o enfermeiro comunique num tom que transpareça paciência e calma, uma vez que ao parecer apressado e pouco acolhedor pode imprimir ainda mais ansiedade na pessoa e família (Benner, Stannard, & Kyriakidis, 2011).

Deste modo, durante todo o processo comunicacional o enfermeiro deverá ouvir e responder às preocupações manifestadas pela pessoa doente e família (Benner, Stannard, & Kyriakidis, 2011). Refletindo sobre esta afirmação, constato que este momento de orientação pré-operatória, por decorrer no período após o horário das visitas, não permite que os familiares estejam presentes. Não deveria esta orientação englobar também os familiares?

O enfermeiro ao ser responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assume o dever de: “(...) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (...)” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 141). Deste modo, a resposta à questão colocada anteriormente deve ser afirmativa, desde que a pessoa proposta para cirurgia assim o pretenda. Para além de respeitarmos o Artigo 89º do Código Deontológico do Enfermeiro é também importante que seja respeitada a vontade da pessoa doente, quanto à presença ou não dos seus familiares durante o momento da orientação pré-operatória. Entenda-se claro, família como “(...) os convenientes significativos, além dos laços de parentesco” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 141).

A não inclusão dos familiares neste cuidado, conduz à falta de preparação face à realidade com que irão ser confrontados, no período de pós-operatório imediato.

Segundo, Benner, Stannard, & Kyriakidis (2011), a orientação formal aos familiares de pessoas propostas para cirurgia, incluem intervenções como visita à UCI no momento pré-operatório. Estas intervenções permitem ao enfermeiro dotar os familiares de conhecimentos, que por sua vez permitem o desenvolvimento de estratégias de coping que facilitem o processo de transição que vivenciam.

Após identificada uma oportunidade de melhoria, procurei em discussão com a Enfermeira-Chefe e a enfermeira tutora, selecionar estratégias, de forma a colaborar na melhoria da qualidade do cuidado prestado (OE, 2011). Por incentivo da Enfermeira-Chefe, durante o momento formal da passagem de turno, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para a pertinência da humanização efetiva do cuidado prestado, pela inclusão da família no momento da orientação pré-operatória. Tendo por base a evidência científica e o Código Deontológico do Enfermeiro, procurei iniciar e participar na construção de tomada de decisão em equipa, de forma a desenvolver uma prática de enfermagem especializada.

Após o *brainstorming* concluímos que seria favorável proceder à concretização da orientação pré-operatória na presença dos familiares. A renitência sustentada principalmente, pelo rácio enfermeiro-doente durante o turno da tarde no serviço de internamento, foi suplantada quando questioneei a possibilidade de concretizar a orientação pré-operatória, durante o turno da manhã uma vez que a pessoa e família são acolhidas no serviço nesse turno, na véspera da cirurgia. Esta possibilidade foi bem aceite por todos os elementos da equipa sendo a dinâmica do serviço, no que respeita a este cuidado de enfermagem, reformulada. Procurei desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da gestão dos cuidados, fomentando métodos de organização de trabalho adequado e negociando recursos adequados à prestação de cuidados com qualidade.

No decorrer deste estágio construí um estudo de caso. “O estudo de caso é um método amplo, que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio da enfermagem” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003). Através

do estudo de caso o enfermeiro observa, descreve, entende e analisa uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência, que posteriormente poderão ser úteis em tomadas de decisão futuras (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003). Assim, para além de gerar conhecimento, fundamentando as intervenções do enfermeiro, proporciona a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e humanizados.

A concretização do estudo de caso permitiu-me conduzir o processo educacional pré-operatório, à pessoa doente e família. Encaminhando-os para a sala destinada à realização desta intervenção autónoma de enfermagem procurei, numa atitude calma e direcionada compreender não só os seus receios e medos, mas também entender quais aos fatores facilitadores ou inibidores do processo de transição que vivenciavam. Acompanhei ainda a pessoa doente e família à UCI, para uma visita pré-operatória já que uma das suas preocupações, residia no ambiente e no modo como a pessoa iria acordar no pós-operatório imediato.

Com o objetivo de compreender a efetivação da minha intervenção junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, foi-me permitido garantir continuidade de cuidados, já na UCI no momento pós-operatório imediato. Verifiquei que a pessoa doente e o seu familiar significativo, para além de me reconhecerem como um elemento de referência, relembrou a maior parte da informação transmitida no momento da orientação pré-operatória. A doente referiu sentir-se calma, entendendo que a informação prévia relativamente, por exemplo, à presença do tubo endotraqueal foi facilitadora do processo comunicacional, no momento em que acordou.

Sendo uma das finalidades deste estágio identificar a efetivação e os benefícios da orientação pré-operatória, era minha intenção questionar as pessoas doentes e família, quanto à pertinência dos conhecimentos transmitidos pelo enfermeiro no momento da orientação pré-operatória. A informação recolhida permite-me afirmar que as informações transmitidas no momento pré-operatório tornaram a experiência pós-operatória menos angustiante, sendo assim facilitadoras deste processo de transição. A orientação pré-operatória cumpria assim, o seu propósito.

Contudo, esta afirmação não pode ser generalizada a todas as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, devido à escassez de estudos de investigação que analisem a

eficácia e eficiência e comprovem as repercussões da orientação pré-operatória. Identifico deste modo, lacuna no conhecimento e oportunidade relevante de investigação, na área de especialidade (OE, 2011).

Kruse et al (2009, p.495) corroboram esta constatação ao afirmar que atualmente, não existe evidência científica que nos permita compreender se a orientação pré-operatória “(...) deve ser mantida, no que ela deve ser alterada ou aperfeiçoada ou se existe uma maneira mais eficiente de desenvolver essa atividade e, assim, atingir nossas metas”.

De acordo com Benner (2001), é importante contribuir para o desenvolvimento da teoria das ciências de enfermagem, pelo relato das intervenções e do que se observa na prática. Deste modo, entendo que a construção de estudos de investigação, que comprovem os subsídios da orientação pré-operatória junto da pessoa e família, irá imprimir visibilidade que este cuidado de enfermagem.

Perante esta constatação, sendo meu intuito contribuir para novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, no âmbito da orientação pré-operatória, verifiquei que seria pertinente incluir nos questionários quanto à satisfação face aos cuidados de enfermagem prestados, facultados à pessoa proposta para cirurgia cardíaca no momento da sua admissão, um item relativo à pertinência da orientação pré-operatória.

A inclusão de um novo item no questionário, por mim iniciada irá ser proposta à Comissão de Ética do hospital, pela enfermeira responsável da consulta pré-operatória, com a concordância da Enfermeira-Chefe. Assumi a minha disponibilidade para regressar ao contexto no papel de colaboradora, para análise e tratamento de dados, subsidiando a investigação no âmbito da orientação pré-operatória.

Refletindo noutra situação de cuidados por mim vivenciadas, conclui que o contacto com pessoas dependentes de ventilação mecânica quer num período de pós-operatório imediato, quer num internamento mais prolongado se assume como um desafio para os enfermeiros. Isto porque, “A comunicação é uma necessidade humana básica e, é por meio dela que o enfermeiro pode estabelecer

relacionamento efetivo com o paciente, a fim de oferecer-lhe apoio, conforto e informação (...) ” (Chistóforo, Zagonel, & Carvalho, 2006, p. 58)

Num dos momentos de interação como uma pessoa dependente de ventilação mecânica (Sr.<sup>a</sup> M.), socorri-me de várias tentativas para compreender o seu discurso e vontades, sem sucesso. Acabei por ir buscar um papel e uma caneta para que a Sr.<sup>a</sup> M. escrevesse o que pretendia. Esta técnica também não teve sucesso uma vez que não conseguiu escrever nada. Por último, apresentei-lhe um quadro ilustrado, existente no serviço e a doente acabou por apontar para um desenho de um copo de água, referindo sede. Após ter compreendido o que me queria dizer, sentimo-nos ambas satisfeitas por conseguir estabelecer uma comunicação eficaz.

De facto,

(...) uma das maiores preocupações do doente é a de não poder falar quando está entubado endotraquealmente, pois a impossibilidade de comunicar através de linguagem verbal, coloca-o numa posição de desvantagem não só por não conseguir fazer perguntas acerca do seu estado de saúde, como também por não conseguir partilhar preocupações e receios (Rosário, 2009, p. 44).

Deste modo, sob o meu ponto de vista a preocupação do enfermeiro em comunicar de forma eficaz com a pessoa dependente de ventilação mecânica assume-se como primordial, já que facilita o estabelecimento de uma relação empática entre os dois atores do contexto de cuidados, contribuindo para melhor compreender as necessidades da pessoa doente e, em última instância, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Não sendo esta consciência suficiente, no sentido de um cuidar especializados, o enfermeiro necessita de demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas facilitadoras da comunicação e adaptar esse processo comunicacional, à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica (OE, 2011).

A comunicação eficaz e a gestão e controlo da dor contribuem para humanização dos cuidados de enfermagem prestados, e consequentemente imprimem maior satisfação na pessoa doente e família.

A minha prática clínica, permitiu-me estar familiarizada com os sinais e sintomas manifestados pela pessoa submetida a cirurgia cardíaca, que pudessem evidenciar

a presença de dor. Esta experiência foi de facto útil, quando num determinado momento, me apercebi da deterioração sem razão aparente das saturações periféricas do doente a quem prestava cuidados. Após uma primeira abordagem conclui que aquele doente não estava a executar uma expansão torácica eficaz, provavelmente por sentir dor (não só devido à sutura operatória mas também pela presença de drenos torácicos). Questionei então quanto à presença e nível de dor apresentada, respondeu que “fui operado, é normal que sinta dores, não quero incomodar” (sic).

Perante esta resposta entendo que é importante compreender, junto da pessoa doente qual o significado, o papel que a dor apresenta na sua vida. De facto, sendo a dor “(...) um conceito subjetivo, multissistémico, de avaliação complexa” (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 131) é importante que avaliação o enfermeiro tenha em conta as barreiras intrínsecas à pessoa doente, que possam comprometer o processo de avaliação e tratamento de dor. Muitos idosos com medo de incomodar os enfermeiros, simplesmente não se queixam, sendo assim a idade considerada uma dessas barreiras (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

No sentido de desenvolver cuidados de enfermagem especializados assentes na promoção e proteção dos direitos humanos, nomeadamente pelo respeito pelos valores, costumes e crenças da pessoa doente (OE, 2011), procurei desmistificar as ideias pré-concebidas da pessoa doente e providenciar a correta gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. As medidas não farmacológicas foram também tidas em conta, pelo que foi providenciado uma massagem de conforto e o posicionamento, que segundo a pessoa doente, promovia o alívio da dor sentida.

Neste serviço foi-me permitido prestar cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar e família. Apesar de não estarem diretamente relacionados com a população-alvo do estágio, recebi esta oportunidade com satisfação, por não ter experiência no cuidar este doente crítico específico e família.

Entendendo a especificidade e complexidade da pessoa submetida a transplante pulmonar e dos cuidados de enfermagem a prestar, considerei pertinente consultar o protocolo de serviço e a evidência científica, de forma a garantir um cuidado esclarecido e competente, pautado pela qualidade.

A transplantação pulmonar em Portugal encontra-se em expansão. A nível mundial “ (...) estima-se que dois a três habitantes por milhão de população precisem de transplante pulmonar” (Fragata, et al., 2009, p. 239), devido principalmente a causas como doença pulmonar obstrutiva crónica e fibrose quística. Os mesmos autores afirmam que apesar de a qualidade de vida destes doentes melhorar muito, a taxa de sobrevida é ainda de 50 a 60% aos três anos.

A experiência em exercício clínico demonstrou que a co-responsabilização pelo autocuidado “proposta” pela equipa de enfermagem à pessoa submetida a transplante e família, assumiu real destaque. No momento em que a pessoa transplantada apresenta uma maior independência, é-lhe entregue um livro, realizado pela equipa de enfermagem, que contempla toda a informação necessária a uma transição positiva na adaptação da pessoa à nova condição de saúde. À pessoa transplantada, ainda na unidade de isolamento, é também fornecida uma folha com o esquema de terapêutica, bem como essa mesma terapêutica, para que se torne autónomo na sua gestão.

Constato que a educação para a saúde é uma das áreas de atuação de enfermagem mais significativa neste contexto, pois o principal objetivo da equipa de enfermagem é ajudar a pessoa transplantada a assumir responsabilidade no seu autocuidado. Deste modo, entendo que na prestação de cuidados respeitei o Artigo 89º - Da humanização dos cuidados, do Código Deontológico do Enfermeiro, contribuindo para “(...) criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 141). Para isso, e de acordo com os mesmos autores, procurei orientar e supervisionar os processos de adaptação individual, o autocuidado e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Perante a reflexão das atividades até então desenvolvidas, considero ter atingido os objetivos a que me propus, para o decorrer deste estágio e assim ter desenvolvido **competências para assistir a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, nas perturbações emocionais decorrentes deste momento crítico; competências na comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família; competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa**



**submetida a cirurgia cardíaca, no período de pós-operatório; competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados.**

Foi-me também proposto, pela Enfermeira-Chefe, a realização de uma sessão de formação em serviço. O tema desta sessão de formação foi selecionado de acordo com a minha área de especialização, indo de encontro às necessidades de formação da equipa de enfermagem, incidindo sobre: “Humidificação da Via Aérea na Pessoa Dependente de Ventilação Mecânica: uma intervenção de Enfermagem Especializada” (APÊNDICE III). Apresenta-se ainda o plano desta sessão de formação (APÊNDICE II).

De forma a imprimir motivação e promover a participação da equipa de enfermagem, procedi à sua divulgação antecipada. A sessão decorreu numa sala designada para o efeito, tendo comparecido quinze enfermeiros, incluindo a Enfermeira-Chefe, que adotaram uma atitude de grande receptividade, o que promoveu a partilha de informação eficaz.

Procurei no final da sessão, avaliar o seu impacto, por meio da aplicação de um questionário (ANEXO IV), já utilizado naquele Centro Hospitalar. Da análise dos gráficos conclui que a maioria dos enfermeiros considerou a utilidade do tema extremamente satisfatória, bem como a comunicação e motivação que imprimi durante a sessão. Consideram também que o seu nível de conhecimentos, acerca da temática, aumentou após a sessão.

A humidificação de via aérea, na pessoa dependente de ventilação mecânica, assume especial relevo no contexto de UCI, especialmente quando surgem complicações no período pós-operatório, uma vez que este facto faz com que se prolongue a necessidade manter a pessoa dependente de ventilação mecânica. Da revisão da literatura, podemos afirmar que o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica pode associar-se ao tipo de dispositivo de humidificação da via aérea utilizado (Lacherade, 2005). Apesar de não existir ainda uniformidade no que respeita aos resultados dos estudos, os mais recentes associam menor risco de pneumonia ao uso de humidificadores aquosos aquecidos em prol dos filtros trocadores de calor humidade (Silvério, Tavares, Lacerda, & Carneiro, 2008).

Em discussão com os enfermeiros presentes na formação, concluímos que o que se verifica na prática é o desuso dos humidificadores aquosos aquecidos. Deste modo se surgirem mais estudos que comprovem o menor risco de pneumonia associado ao uso de humidificadores aquosos aquecido, poder-se-á quem sabe, assistir a uma mudança de mentalidades não só ao nível dos serviços, como também na própria administração hospitalar (para a aquisição de novos materiais). O meu intuito foi sensibilizar a equipa de enfermagem, para a mudança de prática de forma fundamentada na evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Durante este estágio tive conhecimento das XIX Jornadas de Cardiologia de Santarém nos dias 1 e 2 de Novembro de 2013. No decurso destas Jornadas apresentei um Poster: “ A pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família: subsídios da intervenção de enfermagem na orientação pré-operatória”, cujo resumo se encontra em anexo (ANEXO V). Na sua construção o apoio da enfermeira orientadora foi fundamental. Esta experiência foi enriquecedora e permitiu-me dar a conhecer o conhecimento adquirido até então, pela revisão da literatura realizada neste âmbito.

Procurei assim, responsabilizar-me por ser facilitadora da aprendizagem, na área de especialidade, **desenvolvendo competências no domínio da melhoria da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

Mais, pela divulgação de conhecimentos, por meio destas apresentações junto dos pares considero ter ido de encontro ao preconizado no Decreto-lei nº74/2006 de 24 de Março, quando é mencionado que o grau de Mestre é conferido àquele que demonstre “ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades”.

Para atingir as competências, descritas anteriormente, contribuiu ainda a comunicação livre no âmbito da especificidade do cuidado de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, que foi realizada no decurso das 8<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico. Esta apresentação foi realizada com a colaboração de dois colegas do serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Importa ainda ressaltar que a participação em congressos/jornadas permite aceder num curto espaço de tempo e de forma útil, às informações mais atuais sobre os temas em que incidem, contribuindo assim para melhorar efetivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, buscando a excelência do cuidar. Deste modo, a ida às XIX Jornadas de Cardiologia (ANEXO I) e às 8<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico, enriqueceram o meu percurso formativo, não só pela própria experiência de divulgação de conhecimentos atuais aos pares, como também porque me permitiram atualizar conhecimentos. Neste contexto, atribuo especial relevo a uma comunicação oral, no decorrer das XIX Jornadas de Cardiologia referente à Consulta de Enfermagem como veículo de promoção da saúde e prevenção do agravamento da doença cardiovascular, junto da comunidade. Concluo assim, que a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, primários, secundários e terciários (OE, 2011).

### **3.2 – Módulo II – Estágio em serviço de internamento cirúrgico**

Durante duas semanas foi-me possível observar e conversar formalmente com a Enfermeira-Chefe e colegas de serviço, de forma a compreender as suas perceções relativas à orientação pré-operatória, nomeadamente no que respeita à forma como este cuidado de enfermagem é prestado e quais os seus subsídios.

Considerando a temática e a proposta de aquisição de competências, defini para este estágio os seguintes objetivos e atividades a realizar:

- **Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar necessidades de formação da equipa de enfermagem, no que respeita à orientação pré-operatória;
- ✓ Desenvolver competências, baseadas na evidência científica e na disciplina de Enfermagem, na orientação pré-operatória da pessoa e família,
- ✓ Elaborar uma proposta de guia de boas práticas relativamente à orientação pré-operatória da pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca e família.

- **Atividades a desenvolver**

- ✓ Realizar um diagnóstico de situação estruturado tendo como suporte a equipa de enfermagem;
- ✓ Realizar uma revisão bibliográfica sobre a orientação pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família;
- ✓ Realizar um guia de boas práticas de enfermagem que facilite a transição vivenciada pela pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, com vista à sua implementação;
- ✓ Realizar formação em serviço, para a divulgação da evidência científica, do conhecimento desenvolvido e do guia de boas práticas a implementar.

O serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional é constituído por duas UCI e a enfermaria, contempla trinta e duas camas. A equipa de enfermagem é composta por cinco equipas, de nove/dez elementos e o método de trabalho é o método do enfermeiro responsável.

Apesar de existirem seis enfermeiros especialistas, este título não foi tido em conta para a construção das equipas de enfermagem, sendo que estes elementos prestam cuidados gerais e não cuidados específicos de cada especialidade (Médico-Cirúrgica e Reabilitação). Verifiquei que esta situação se relaciona com a falta de enfermeiros generalistas, que colmatem as necessidades mínimas em termos de rácio enfermeiro-doente, em cada turno.

Neste contexto de intervenção considero importante abordar o conceito de dotação segura, não numa perspetiva de quantidade mas sim relacionada com o nível de qualificação dos enfermeiros, apontada como uma das variáveis que afetam a dotação e a prestação de cuidados seguros. Segundo Freitas & Parreira (2013, p. 171)

*(...) a necessidade de adequação dos recursos de enfermagem às reais necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem constitui uma das preocupações dos gestores em saúde pela influência que exerce na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Daí que tenha surgido o conceito de dotação segura em enfermagem que, além de contemplar o número de enfermeiros,*

*valoriza também as suas competências e o contexto de prestação de cuidados.*

Apesar de esta problemática ser reconhecida por toda a equipa de enfermagem, inclusive pela Enfermeira-Chefe, não existe atualmente forma de a solucionar.

Para este estágio, propus-me a analisar e refletir sobre o modo como os enfermeiros com quem trabalho diariamente, percecionam a orientação pré-operatória, bem como os desafios com os quais contactam diariamente neste âmbito.

Apresentados os objetivos e atividades que pretendia desenvolver, em contexto profissional, a aceitação pela equipa de enfermagem foi notória.

Para dar resposta ao meu primeiro objetivo, procurei reunir-me com os elementos de equipa, em momentos formais após a passagem de turno, para compreender o significado que atribuem à orientação pré-operatória. De um modo geral, verifiquei que apesar de esta intervenção ser entendida como benéfica tanto para a pessoa proposta para cirurgia como para a família, a evidência científica neste âmbito não é totalmente conhecida, pelo que foi investida na formação da equipa de enfermagem. De forma a garantir que todos os elementos fossem integrados, entendi que a melhor forma seria partilhar a informação veiculada pela evidência científica e das aprendizagens e experiências do estágio anterior, em vários momentos formais, após a passagem de turno, intervenção que foi aceite por todos eles.

Por meio da observação, percebi que a orientação pré-operatória contempla: o acolhimento da pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, a colheita de sangue para análise, a colheita de dados pessoais e familiares e a resposta a questões pontuais formuladas pelos familiares, quanto ao provável horário da cirurgia.

Após esta atividade, verifiquei que o ensino pré-operatório, não contempla as necessidades da pessoa proposta para cirurgia e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, nem ensinios relativos ao pós-operatório imediato em contexto de UCI ou sobre o momento da alta hospitalar. Estes ensinios são apontados pela maioria dos autores consultados, como imprescindíveis no atenuar da ansiedade sentida pela pessoa e família, neste momento crítico. Observo ainda,

que o processo comunicacional com a pessoa proposta para cirurgia e família é, muitas vezes, conduzido de forma célere dando pouco espaço à interação. A razão para este fato prende-se com o rácio enfermeiro-doente insuficiente, não existindo um enfermeiro específico para a prestação deste cuidado, o que compromete a sua qualidade e humanização.

De facto, Kruse, et al. (2009) referem que os enfermeiros, na maior parte das vezes conduzem a orientação pré-operatória de forma rápida acompanhada pela transmissão de muita informação, sem dar espaço para que a pessoa doente e família assimile toda a informação e exponha as suas dúvidas, não lhes transmitindo a confiança e tranquilidade que necessitam para enfrentar esta transição da melhor forma possível.

Reconheci também a necessidade de construção de uma folha de colheita de dados adequada à pessoa proposta para cirurgia, e de um espaço físico restrito a esta intervenção de enfermagem, por forma a garantir a sua prestação sem sobressaltos e interrupções.

Identificadas as áreas de atuação e após discussão com a Enfermeira-Chefe e enfermeira tutora, decidi informar a equipa de enfermagem quanto às conclusões da minha análise e, quanto às atividades a desenvolver para as contornar.

Posto isto, determinei como essencial construir um guia orientador de boa prática no âmbito da orientação pré-operatória (APÊNDICE VI); produzir uma proposta para uma nova folha de colheita de dados (APÊNDICE VII); realizar um folheto informativo quanto aos aspetos práticos ligados com a orientação pré-operatória, nomeadamente a preparação física (APÊNDICE VIII).

Após apresentar estes documentos à Enfermeira-Chefe, enfermeira tutora e restante equipa, identificou-se uma outra necessidade em termos de cuidados de enfermagem, no que respeita à uniformização de informação a transmitir à pessoa doente e família, no pós-operatório imediato, bem como à própria validação quanto aos ensinamentos já realizados ou que é necessário reforçar, uma vez que esta informação nem sempre está contemplada nos registos de enfermagem. O guia orientador de boa prática passou a contemplar também os ensinamentos relativos à alta hospitalar, sendo também construída uma *check-list* (APÊNDICE IX) de forma a

garantir que esses ensinoss fossem realizados e compreendidos pela pessoa doente e família.

Entendo que todas as intervenções, mencionadas anteriormente, promovem segurança na equipa de enfermagem, para o desempenho da sua função junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família, sem receios e com maior qualidade e humanização, produzindo ganhos em saúde.

Perante estas atividades, considero ter adquirido **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, pela elaboração de guias orientadores de boa prática, incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; **competências do domínio da gestão de cuidados**, pela aplicação de estratégias de motivação de equipa para um desempenho diferenciado, no âmbito da orientação pré-operatória; **competências do domínio das aprendizagens profissionais**, atuando como dinamizador da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos (OE, 2011).

Tendo como ponto de partida, este percurso formativo e as competências desenvolvidas, a enfermeira tutora - responsável pela formação em serviço, desafiou-me para a construção de um Projeto Profissional, que permita justificar a pertinência e implementação de uma Consulta de Enfermagem no serviço. Nesta consulta, o enfermeiro é responsável pela transmissão de informação pré e pós-operatória, de acordo com as necessidades da pessoa doente e família e também, por estabelecer contatos telefónicos após a alta, com períodos de tempo definidos, facilitando a transição da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família do contexto hospitalar para o domicílio. Durante esta consulta seriam ainda aplicados questionários relativos à satisfação da pessoa doente e família, quanto aos cuidados de enfermagem prestados, nos momentos pré e pós-operatórios, estando contemplada, entre eles, a orientação pré-operatória.

Acredito que a evidência científica encontrada no âmbito da orientação pré-operatória, a leitura de necessidades do contexto e a determinação em garantir a qualidade dos cuidados, que passa necessariamente pela sua humanização, irão facilitar este processo de implementação.

### 3.3 – Módulo III – Estágio em SU

Este é um serviço de urgência polivalente, por dar resposta às alíneas c) e d) Decreto de Lei nº18 459/2006 de 12 de Setembro, estando dotado de recursos humanos, materiais e valências clínicas que proporcionam resposta diferenciada à pessoa em situação urgente/emergente.

Por ser o primeiro contato com a complexidade que reveste este serviço, sentimentos de ansiedade e receio acompanhavam-me no primeiro dia de estágio. Estes sentimentos desvaneceram rapidamente pelo contacto com a estrutura física do serviço e com a equipa de enfermagem, sendo substituídos pela necessidade de vivenciar situações, que permitissem o desenvolvimento das atividades e competências a que me propus para essas seis semanas.

- **Objetivos Específicos**

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e família, no SU;
- ✓ Garantir boa prática de cuidado à pessoa em situação crítica/falência orgânica e família, em SU.

- **Atividades a desenvolver**

- ✓ Conhecer a estrutura física, organização e equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa em situação crítica e família, no SU;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, no SU;
- ✓ Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Analisar criticamente a orientação pré-operatória realizada à pessoa proposta para cirurgia cardíaca de urgência/emergência e família, que têm acesso ao Hospital pelo SU.

O SU, pela complexidade e imprevisibilidade de situações e pela permanente necessidade de estabelecer prioridades para intervir rápida e eficazmente, exige profissionais, competentes e resilientes. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, sendo que um dos elementos assume a função de chefe de equipa, que



coordena e supervisiona a restante equipa e os assistentes operacionais. Na Sala de Observações (SO), o segundo elemento da equipa é responsável por coordenar as vagas e as transferências dos doentes. O método de trabalho em enfermagem é o método do enfermeiro responsável.

No primeiro dia de estágio contactei com o Enfermeiro-Chefe, com o intuito de transmitir os objetivos e as atividades a que me propus desenvolver. Posteriormente decorreu uma visita guiada ao serviço, cuja estrutura física apesar de inicialmente parecer labiríntica, por ter sido remodelada recentemente apresenta orientações adequadas.

Está dividida por várias zonas de atuação para o atendimento de pessoas em situação urgente/emergente, de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de *Manchester*. Este procedimento é intervenção autónoma do enfermeiros, sendo que depois de triada, a pessoa doente é encaminhada para os diferentes setores consoante o seu diagnóstico e tipo de vigilância necessária.

Existem duas salas de reanimação - uma de maior dimensão com duas vagas e uma mais pequena com uma vaga - onde é estabilizada e avaliada clinicamente a pessoa doente que necessitam de cuidados urgentes/emergentes. Posteriormente, identificados o diagnóstico e as suas necessidades em termos de cuidados, providencia-se a sua transferência para a UCI, Bloco Operatório ou SO. Estas salas estão munidas de meios auxiliares de diagnóstico (raio x), de monitorização e de ventiladores (que permitem ventilação mecânica), bem como de todo o material necessário à prestação de cuidados neste âmbito.

O SO tem capacidade para dezasseis camas - com material para monitorização não invasiva- que na maioria das vezes são escassas, tendo em conta o número de doentes colocados em maca, o que pode comprometer a sua vigilância e privacidade.

O serviço comporta ainda, dez gabinetes para atendimento de ambulatório, uma sala de aerossóis, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de gessos e uma sala designada por sala das “más notícias”.

Devido aos objetivos e atividades que pretendia desenvolver para atingir as competências propostas, bem como ao tempo de estágio, concordei com a enfermeira tutora, quanto à permanência de um maior número de turnos na sala de reanimação, contactando com o SO durante dois turnos.

O SO pela sua estrutura física, azáfama e o elevado número de doentes, difere dos contextos clínicos anteriores. Contudo, pelas orientações da enfermeira tutora, a adaptação a este contexto de cuidados decorreu de forma célere.

Não é invulgar encontrar doentes em macas, sendo que esta não é a condição mais facilitadora e promotora da sua privacidade. De facto, num dos turnos que realizei no SO, uma jovem mencionou a sua vontade em mictar contudo sentia-se exposta para o uso da arrastadeira. Após verificar que uma das camas do SO de encontrava livre, procedi à colocação da maca no local dessa cama, tendo assim acesso a cortinas, que lhe proporcionavam a privacidade possível.

Por esta ação procurei gerir o espaço e materiais que possuía de forma dar resposta ao preconizado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, no que respeita ao Artigo 86.º - Do respeito pela intimidade, em que o enfermeiro assume o dever de: “(...) b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 121).

Ainda neste contexto físico, verifiquei a presença de um elevado número de pessoas com traumatismo torácico, a necessitar de cuidados de enfermagem na manutenção de drenos torácicos, área em que me sinto competente. Por saber qual o meu contexto profissional, uma das enfermeiras do SO responsável pela prestação de cuidados a uma doente com traumatismo torácico, solicitou a minha intervenção para a colocação da drenagem torácica em ativo. Referiu, que alguns elementos da sua equipa detinham dúvidas quanto a esta temática. Para além de intervir junto da colega no manuseamento da drenagem torácica e explicar os cuidados a considerar, facultei alguns documentos científicos, acessíveis aos enfermeiros que apresentassem dúvidas neste âmbito, de forma a contornar a lacuna identificada.

A permanência na sala de reanimação, para além de desafiante, surgiu como uma oportunidade para colocar em prática algumas aprendizagens e saberes adquiridos,

ao longo do primeiro semestre deste Curso de Mestrado, nomeadamente os conhecimentos decorrentes dos Cursos de Suporte Avançado de Vida e *Advanced Trauma Care for Nurses*.

Este contexto clínico exigiu um leque de competências técnico-científicas e sólidos conhecimentos científicos, para identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (OE, 2011).

Ao refletir quanto aos cuidados de enfermagem a prestar no âmbito da UCI e no SU, nomeadamente na sala de reanimação, constato que apesar da especificidade de cada serviço, não diferem assim tanto. Em ambos os contextos, o foco de atenção em enfermagem é a pessoa em situação crítica e família, sendo que a promoção do conforto, a monitorização não invasiva ou invasiva, o assegurar a correta perfusão de soroterapia/suporte inotrópico, os cuidados inerentes à ventilação mecânica, são disso exemplo.

No início de cada turno, na sala de reanimação, fui responsabilizada pela enfermeira tutora por conferir o material dos carros de reanimação, das bancadas de apoio, bem como por testar o desfibrilhador e os ventiladores da sala e do ventilador de transporte. Deste modo, sentia-me mais confiante por compreender quais as funções inerentes ao enfermeiro neste contexto, sentindo-me integrada na dinâmica do serviço.

Uma das situações de cuidados que considerei mais enriquecedoras, neste contexto clínico, foi o contato com uma pessoa com o diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico com afundamento súbito do estado de consciência, com 49 anos de idade, que se encontrava em morte cerebral e proposta para doação de órgãos. De acordo com Moraes, et al (2009) a manutenção de possíveis doadores implica a manutenção da estabilidade dos seus parâmetros vitais, de forma a tornar os órgãos viáveis e de qualidade. Perante o quadro de morte cerebral, existem uma série de alterações que o enfermeiro terá de conhecer de forma a contribuir para essa estabilidade hemodinâmica, tais como hipotensão, hipotermia, hipernatrémia, acidose metabólica, entre outras, proporcionando a vigilância e registo constante de parâmetros vitais. Posto isto, “ (...) a assistência prestada ao doador de órgãos não

deve ser diferente da assistência prestada ao paciente em estado crítico e o cuidado deve ser realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva” (Moraes, et al., 2009, p. 716).

Apesar de a evidência científica identificar a necessidade da permanência desta pessoa doente em UCI, a realidade hospitalar nem sempre o permite, nomeadamente pela falta de disponibilidade de vagas.

Pela necessidade de manutenção hemodinâmica da pessoa potencialmente dadora de órgãos, torna-se necessário implementar medidas farmacológicas (pelo início de perfusão de inotrópicos), que por sua vez implica “monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados”. Deste modo, neste contexto foi-me possível “gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2011).

Apraz-me ainda referir que a gestão de sentimentos apesar de eficaz, não foi fácil de início, não só pela idade da pessoa doente mas também pelo contato direto com o marido e filhos. Esta e outras situações permitiram-me desenvolver “conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a família em situação crítica” e “adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica” (OE, 2011).

A estes familiares foi explicado o prognóstico sendo-lhes permitido estar com e despedir-se do seu ente querido. Considero que este episódio retrata a importância que os enfermeiros, neste serviço, atribuem à presença da família nos momentos em fim de vida, em todas as situações que observei - não só na sala de reanimação, como também na SO.

De forma a “desenvolver uma prática profissional e ética”, a minha conduta foi pautada pelo respeito ao preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro, no que respeita ao respeito pelo doente terminal (Artigo 87º), em que “O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: (...) b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perdas expressas (...), pela família (...) (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 125).

Face a esta situação de cuidados verifiquei que a informação da possibilidade de doação de órgãos não foi, inicialmente, abordada pela equipa de profissionais de saúde. Em discussão com a enfermeira tutora, perita na área de manutenção do

dador de órgãos, percebi que legalmente esta informação não tem de ser dada aos familiares e apesar de neste serviço os familiares serem sempre informados, são numa fase mais avançada e não logo no momento da transmissão de informação do prognóstico. Pela sua experiência, acrescentou que os familiares apesar de num primeiro momento mostrarem sentimentos de negação, raiva entre outros, o facto de saberem que os órgãos dos seus entes queridos salvam vidas, ajuda-os a enfrentar o processo de luto.

O contato com o processo de morte seja ela inesperada e súbita ou esperada e apesar de ser recorrente neste serviço, surge como uma situação complexa. Os profissionais de saúde contactam com um avanço tecnológico alucinante, o que faz com que encarem o processo de morte como um fracasso. Apesar disso, atualmente verifica-se que o local “escolhido” para morrer passa do domicílio para o hospital, nomeadamente para o serviço de urgência (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009).

Face a esta nova realidade, é importante capacitar os enfermeiros de competências que lhe permitam prestar cuidados humanizados e de qualidade tanto à pessoa como à família, perante o processo de morte.

Uma outra situação de cuidados que me suscitou alguma inquietação foi o contato com familiares de um senhor de 50 anos de idade, que no decorrer da prática de exercício físico, sofreu uma paragem cardiorrespiratória caindo inanimado na via pública. Apesar de todas as manobras de reanimação serem instituídas precocemente, com a chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ao local, estas acabaram por ser suspensas por decisão médica, já na sala de reanimação.

Os familiares acorreram ao SU rapidamente, sendo encaminhados para a “sala das más notícias”. Acompanhei a enfermeira tutora e a médica que iria transmitir a notícia da morte do ente querido, à família que havia chegado. Neste caso, o processo de luto não teve qualquer preparação antecipada e a morte do seu ente querido, abalou os familiares por surgir de forma tão inesperada e súbita. Foi-lhes dado tempo para chorar, manifestar a sua raiva, angústia e pesar intenso.

O foco de atenção dos cuidados de enfermagem passa a ser a família, tal como Manso e Velho (2004) afirmam, a família que vivencia a perda em contexto hospitalar é também cliente de cuidados, uma vez que a morte de alguém próximo ou significativo pode ter impacto no funcionamento emocional e cognitivo.

Após a transmissão da má notícia, o filho manifestou vontade em despedir-se. Acompanhei-o então à sala de reanimação, proporcionando a intimidade, privacidade e respeito que a situação exigia, afastando-me, demonstrando “conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto” (OE, 2011).

A permanência na sala de reanimação implica por vezes, o contato com pessoas cujo estado clínico implica suporte ventilatório e implementação de terapêutica de sedação. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente sedada e ventilada e os conhecimentos provenientes da evidência científica permitiram-me identificar precocemente alterações do seu estado de consciência, que condicionam, por exemplo, a adaptação à prótese ventilatória comprometendo a eficácia do processo ventilatório. De forma a prestar cuidados de enfermagem especializados foi meu intuito procurar identificar e responder de pronta e antecipatória a focos de instabilidade; diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando monitorizando e avaliando as respostas de enfermagem apropriadas a essas complicações (OE, 2011).

Nestas situações, a interação profissional permitiu a aferição dos parâmetros ventilatórios e nível de sedação/analgesia, com efeito. De fato, importa reconhecer, os campos de atuação da nossa classe profissional tendo presente quais os domínios das intervenções autónomas e interdependentes. Para Deodato (2008, p.166) os enfermeiros deverão ser reconhecidos pelas suas “ (...) competências e a sua especificidade na área da saúde, o que obriga, a que sempre que o cuidado pretendido seja de outra esfera profissional, o enfermeiro tenha o dever de encaminhar para outro”.

A necessidade de Transporte intra-hospitalar do Doente Crítico, para a realização de exames auxiliares de diagnóstico e/ou a transferência é uma constante na sala de reanimação. De forma “executar cuidados técnicos de elevada complexidade

dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011, p. 3), pautados pela segurança e qualidade, foi essencial relembrar e aprofundar conhecimentos no âmbito do Transporte do Doente Crítico.

Considerando que neste contexto, os enfermeiros valorizam significativamente as questões que remetem para os problemas da pessoa urgente/emergente, de forma a intervir prontamente, verifiquei que direcionam na maioria das vezes, a sua atuação para uma vertente mais tecnicista.

Por vezes centrados no modelo biomédico os enfermeiros pautam os seus cuidados pela rotinização e execução de tarefas cujo objetivo é a cura da pessoa doente, sendo atribuído ênfase ao diagnóstico clínico da pessoa e o papel do enfermeiro é a mera execução da prescrição médica (Pearson & Vaughan, 1992).

Entendo que evolução da nossa profissão, deve evoluir para uma conceção de humanização do cuidar, por isso considero que a comunicação com a pessoa doente e família, a promoção do conforto pela colocação de uma simples almofada, são procedimentos que podem e devem complementar o momento em que estamos junto da pessoa.

Perante estas reflexões considero ter adquirido **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doente crítica e/ou falência orgânica.**

Uma outra situação de cuidados que enriqueceu o meu percurso formativo, neste contexto, foi o contato com uma pessoa com diagnóstico de dissecação da aorta e família (na pessoa da esposa), cujo tratamento passava pela cirurgia cardíaca de carácter urgente.

O diagnóstico da situação e a articulação com o serviço de cirurgia cardiorádica decorreu de forma célere. Foi possível transportar a pessoa doente até ao serviço de imagiologia para a realização de exames complementares de diagnóstico, posteriormente avaliados pelo cirurgião, que confirmou a necessidade de cirurgia. À saída deste serviço, seguiu-se um compasso de espera para a preparação da sala operatória. Durante este tempo, o cirurgião explicou o procedimento cirúrgico e o

porquê da necessidade da sua realização obtendo o consentimento livre e esclarecido do doente. Posteriormente deu-me espaço para proceder ao diálogo com o doente e esposa, no sentido de tentar perceber quais as suas necessidades e dúvidas relativas àquela situação transicional que surgiu de forma tão abrupta nas suas vidas.

Ao refletir nesta situação, entendo que existem particularidade que gostaria de salientar. O facto de exercer funções de enfermeira no serviço onde a pessoa iria ser submetida a cirurgia, permitiu-me definir com o cirurgião que iria intervir, um tempo de trabalho individualizado, no sentido de acalantar os receios manifestados pelo doente e família. Senti-me um elo de ligação com o serviço/realidade desconhecida para ambos, explicando-lhes de forma sucinta o que esperar quanto ao pós-operatório imediato. Constató que nesta situação em particular, as questões do doente e esposa, estavam mais intimamente ligadas ao pós-operatório imediato do que propriamente ao momento da alta, preferência essa que concluo ser diferente para as pessoas proposta para cirurgia eletiva e família.

Apesar de esse ser o meu ponto de vista, não encontrei estudos de investigação que a suportem, ficando apenas como uma anotação pessoal que poderá não corresponder à globalidade das situações.

Uma outra situação, que experienciei ainda durante o primeiro ano letivo deste Curso de Mestrado, prende-se com a minha contribuição para a prestação de cuidados de enfermagem num contexto classificado como uma situação de exceção, no Hospital de Campanha do Instituto de Emergência Médica (INEM) ativado durante a peregrinação a Fátima, em Maio de 2013, permitindo-me demonstrar conhecimentos dos “(...) planos e princípios de atuação em situações de catástrofe” (OE, 2011).

Uma situação de exceção, no que respeita aos cuidados de saúde, de acordo com o que foi leccionado durante a Unidade Curricular – Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe, consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.



Este Hospital de Campanha, assemelhava-se a um Serviço de Urgência Básica, composto por tendas insufláveis, comportava um local para a triagem dos doentes que chegam por meio próprio ou por ambulâncias dos bombeiros/INEM, o local de observação de doentes mais urgentes/emergentes, um local onde é permitido realizar raio x e um local correspondente à pequena cirurgia. Neste caso não foram montadas as tendas do Bloco Operatório e da UCI, uma vez que após estabilizados os doentes críticos que necessitavam destas valências eram transpostados para os Hospitais mais próximos, de acordo com as instruções do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). É de referir que neste Hospital toda a equipa trabalha 24 horas sobre 24 horas, garantindo-se o descanso em momentos de menor afluência. Por outro lado esta estrutura encontra-se dotada de equipamentos que lhe permitem autonomia logística como geradores, iluminação, unidades de climatização, entre outros.

Esta oportunidade foi de facto enriquecedora, por nunca ter prestado cuidados de enfermagem fora do ambiente controlado que é o Hospital. A escassez de material, a falta de caixotes do lixo junto de todas as macas existentes, a falta de material de desinfeção das mãos acessíveis em vários pontos, foram algumas das minhas dificuldades, assim como a grande afluência de pessoas.

Pela multiplicidade de situações com que me deparei, a capacidade de concentração, resiliência e capacidade de trabalhar em equipa são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados.



## CONCLUSÃO

Os alicerces deste percurso académico assentam assim numa filosofia de cuidados centrada na pessoa doente e família e, em princípios de respeito pela dignidade humana, partilha de informação e envolvimento da pessoa doente e família na tomada de decisão. A sua finalidade prende-se com o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, no âmbito da enfermagem, no cuidar a pessoa em situação crítica e família.

O desenvolvimento da identidade profissional do Enfermeiro centra-se na busca pelo conhecimento, com o objetivo de adquirir competências e saberes, que permitam imprimir maior qualidade nos cuidados de enfermagem prestados e maior satisfação na pessoa doente e família face a esses cuidados. Procura-se assim, alcançar a excelência!

É a excelência no cuidar a pessoa em situação crítica, com ênfase na pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, que pretendo alcançar. Chego a esta conclusão, após identificar na prática as lacunas existentes na concretização da orientação pré-operatória junto da pessoa doente e família, entendendo este cuidado de enfermagem, como o problema a estudar/resolver. É de ressaltar que estas lacunas, relacionadas com o descrédito atribuído pelos próprios enfermeiros a este cuidado, têm de ser colmatadas pelo reforço de informação, junto destes profissionais quanto à pertinência e benefícios da orientação pré-operatória, valorizando a formação profissional neste âmbito.

Só deste modo se poderá, por um lado dar resposta às necessidades individuais expressas pela pessoa doente e família, neste momento crítico, conduzindo à prestação de cuidados de enfermagem humanizados e por outro lado, proporcionar a visibilidade que este cuidado de enfermagem merece!

A cirurgia cardíaca é encarada pela pessoa doente e família como um momento, por um lado crítico, mas por outro lado, extraordinário e surpreendente, pelo contato constante com tecnologia moderna. Sendo, um momento que acarreta sofrimento, ansiedade, medo, vulnerabilidade, a intervenção do enfermeiro assume-se como essencial. Deste modo, é o enfermeiro que está em melhor posição para realizar a

orientação pré-operatória à pessoa a ser submetida a cirurgia cardíaca e família, facilitando o processo de transição que experienciam.

Penso ter atingido os objetivos a que me propus para a realização deste relatório, uma vez que procurei, não apenas fundamentar a pertinência da orientação pré-operatória, com recurso à evidência científica mais recente, como também por dar a conhecer de forma reflexiva as situações de cuidados com as quais me deparei ao longo dos estágios. No meu contexto profissional particularmente, contribui para o maior reconhecimento e uniformização deste cuidado de enfermagem, procurando ser um elemento de referência. Para além disso, foi minha intenção contribuir para a transmissão de evidência científica mais atual, reativa a determinadas temáticas, pela participação em congressos/jornadas contribuindo assim para melhorar efetivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O SU pela sua especificidade, multiplicidade de situações e por ser um contexto pouco conhecido, exigiu um elevado investimento pessoal e formativo, na busca de evidência científica que sustentasse a qualidade do cuidado prestado.

Posto isto, considero ter desenvolvido e adquirido as competências que me habilitam ao grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, que me irão auxiliar, futuramente, na tomada de decisão face à complexidade da pessoa em situação crítica.

Tendo consciência de que este não é um percurso findo, considero que a experiência não só nos campos de estágio, como também a motivação pela busca de conhecimento, conferida pelas Professoras das várias Unidades Curriculares deste Curso de Mestrado e também, pela própria necessidade de dar resposta aos novos problemas e novas questões que vão surgindo no quotidiano profissional, irão ser com certeza pontos de partida para novos desafios. Um desses desafios inicia-se brevemente, com a construção de um Projeto Profissional para a construção de uma Consulta de Enfermagem Pré-Operatória/Follow-up.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baggio, M. A., Teixeira, A., & Portella, M. R. (Janeiro de 2001). PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO CARDÍACO: A ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM FAZENDO A DIFERENÇA. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 22(1), pp. 122-139.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Benner, P. H., Stannard, D., & Kyriakidis, P. H. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2ª edição ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Camponogara, S., Soares, S. G., Silveira, M., Viero, C. M., Barros, C. S., & Cielo, C. (Julho-Setembro de 2012). PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA. *Rev. Min. Enferm*, 16(3), pp. 382-390.
- Carvalho, R. W., Pereira, C. U., Filho, J. R., & Vasconcelos, B. C. (Outubro-Dezembro de 2010). O Paciente Cirúrgico: Parte I. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, pp. 85-92.
- Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I., & Lam, J. (2011). A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 812–824.
- Chistóforo, B. E., Zagonel, I. P., & Carvalho, D. S. (2006). RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO: UMA REFLEXÃO À LUZ DA TEORIA DE JOYCE TRAVELBEE. *Cogitare Enferm*, 11(1), pp. 55-60.
- Colley, S. (2003). Nursing Theory: its importante to practice. *Nursing Standard*, 46, pp. 33-37.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dantas, R. A., & Aguillar, O. M. (Novembro-Dezembro de 2001). Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do

miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*, pp. 31-36.

Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.

Direcção Geral do Ensino Superior. (2000). *Descritores de Dublin, de processos de Bolonha - objectivos e linhas de acção*. Obtido de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Fernandes, A., & Santos, E. (Março de 2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*.

Fisher, S., Walsh, G., & Cross, N. (2002). Gestão de enfermagem do doente cardíaco cirúrgico. In R. Hatchett, & D. Thompson, *Enfermagem Cardíaca: um guia polivalente* (p. 467508). Loures: Lusociência.

Foster, P. G., & Bennett, A. M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. B. George, *TEORIAS DE ENFERMAGEM: Os fundamentos à prática profissional* (pp. 83-101). Porto Alegre: ARTMED Editora.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática* (1ªed ed.). Lisboa: Lidel.

Fragata, J., Catela, A., Laranjeira, Á., Vital, C., Bento, C., & Furtado, D. (2009). *Procedimentos de Cirurgia Cardiotorácica*. Lisboa: Lidel.

Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (Julho de 2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 171-178.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (maio-junho de 2003). ROTEIRO INSTRUCIONAL PARA A ELABORAÇÃO DE UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), pp. 371-375.

Garretson, S. (August de 2004). Benefits of pre operative information programmes. *Nursing Standard*, pp. 33-37.

Goodman, H. (Outubro de 2009). Patient education around cardiac surgery. *British Journal of Cardiac Nursing*, pp. 483-487.

- Kruse, M. H., Almeida, M. d., Keretzky, K. B., Rodrigues, E., Silva, F. P., Schenini, F. d., & Garcia, V. M. (2009). Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3, pp. 494-500.
- Lacchini, A. J., Décimo, E. T., Jacobi, C. d., Soccol, K. L., Viero, N. C., Vieira, T. G., . . . Terra, M. G. (Janeiro-Junho de 2011). IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO PARA PACIENTES NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), pp. 1021-1024.
- Lacherade, J. C. (2005). Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia: A Randomized Multicenter Trial. *Respir Crit Care Med*, 172, pp. 1276-1282.
- Lapum, J., Peter, E., Angus, J. E., & Watson, J. W. (2011). Patients' discharge experiences: Returning home after open-heart surgery. *HEART&LUNG*, pp. 226-235.
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE® E A VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM - Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- Manso, R., & Velho, L. (Março de 2004). Fim da Vida e suas implicações. *Nursing*, pp. 24-28.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: development and progress*. (2ª ed.). Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-o., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), pp. 12-28.
- Moerenhout, T., Borgermans, L., Schol, S., Vansintean, J., De Vijver, E. V., & Devroey, D. (2013). Patient health information materials in waiting rooms of

family physicians: do patients care? *Patient Preference and Adherence*, pp. 489-497.

Moraes, E. L., Silva, L. B., Moraes, T. C., Paixão, N. C., Izumi, N. M., & Guarino, A. d. (Setembro-Outubro de 2009). O PERFIL DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(5), pp. 716-720.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Conselho de Enfermagem: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro*. Obtido de Conselho de Enfermagem: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

OE. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Conselho de Enfermagem*.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Petronilho, F. A. (2012). *AUTOUIDADO: CONCEITO CENTRAL DA ENFERMAGEM - Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura*. Coimbra: Formasau - Formações em Saúde, Lda.

Pritchard, M. (Março de 2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, pp. 35-39.

Rosário, E. M. (OUTUBRO de 2009). *COMUNICAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE; COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO EM CUIDADOS INTENSIVOS - Dissertação de Mestrado*. Obtido de Repositório Aberto: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>



- Rosner, M., Portilla, D., & Okusa, M. (2008). Cardiac Surgery as a Cause of Acute Kidney Injury: Pathogenesis and Potential Therapies. *Journal of Intensive Care Medicine*, 23(1).
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto - Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, nº15, pp. 1-37.
- Santos, J. d., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, pp. 184-187.
- Silva, A. P. (Janeiro-Abril de 2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, pp. 11-20.
- Silvério, C. R., Tavares, K. F., Lacerda, C. R., & Carneiro, É. M. (Julho/Dezembro de 2008). INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES SUBMETIDOS AOS SISTEMAS DE UMIDIFICAÇÃO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba*, 1(1), pp. 111-119.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2010). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Souza, R. H. (2004). *SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DO CLIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA*. Curitiba: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *The lan's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Veiga, A. A., Barros, C. A., Couto, P. J., & Vieira, P. M. (Julho de 2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Referência*, pp. 47-56.

**ANEXOS**

**ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS XIX JORNADAS DE  
CARDIOLOGIA**



# XIX

## Jornadas de Cardiologia de Santarém

### Organização

Associação Cardiológica do Ribatejo  
Serviço de Cardiologia do Hospital de Santarém

### Presidente

Graça Ferreira Da Silva

### Comissão Organizativa

Alcides Francisco  
Artur Barbosa  
Carlos Ceia  
Cristina Reis  
Isabel Monteiro  
Isilda Cardoso  
Luz Pitta  
Madalena Vitorino  
Margarida Leal  
Miguel Faria Alves  
Vanda Raimundo  
Vitor Paulo Martins

### Comissão Científica

Beatriz Santos  
Carlos André  
Carlos Rabaçal  
Cátia Costa  
David Durrão  
Davide Severino  
Ernesto Carvalho  
Fátima Esteves  
Filipa Valente  
Helena Pedrosa  
Isabel Costa  
João Moraes  
Júlio Aranha  
Liliana Marta  
Luís Nuno Batista  
Madalena Carvalho  
Marisa Peres  
Nuno Cabanelas  
Rosa Feliciano

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se  
que

**CLÁUDIA GASPAR**

Participou nas XIX Jornadas de  
Cardiologia de Santarém, que se  
realizaram, na Praia D'El Rey Marriott  
Golf & Beach Resort nos dias 1 e 2 de  
Novembro de 2013, com a apresentação  
do poster "A pessoa submetida a cirurgia  
cardíaca e família: subsídios da  
intervenção de enfermagem na orientação  
pré-operatória "

Santarém, 2 de Novembro de 2013

A Presidente das XIX Jornadas de  
Cardiologia de Santarém





# XIX

## Jornadas de Cardiologia de Santarém

### Organização

Associação Cardiológica do Ribatejo  
Serviço de Cardiologia do Hospital de Santarém

### Presidente

Graça Ferreira Da Silva

Graça Ferreira da Silva

### Comissão Organizativa

Alcides Francisco  
Artur Barbosa  
Carlos Ceia  
Cristina Reis  
Isabel Monteiro  
Isilda Cardoso  
Luz Pitta  
Madalena Vitorino  
Margarida Leal  
Miguel Faria Alves  
Vanda Raimundo  
Vitor Paulo Martins

### Comissão Científica

Beatriz Santos  
Carlos André  
Carlos Rabaçal  
Cátia Costa  
David Durão  
Davide Severino  
Ernesto Carvalho  
Fátima Esteves  
Filipa Valente  
Helena Pedrosa  
Isabel Costa  
João Morais  
Júlio Aranha  
Liliana Marta  
Luis Nuno Batista  
Madalena Carvalho  
Marisa Peres  
Nuno Cabanelas  
Rosa Feliciano

**ANEXO II – APRECIÇÃO PARCELAR DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO  
DE COMPETÊNCIAS EM UCI/SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

#### APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

---

Tal como foi referido na avaliação anterior, a Cláudia conseguiu atingir os objectivos a que se propôs na área da prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conseguindo articular conhecimentos previamente adquiridos na sua prática clínica com as especificidades deste serviço. Os cuidados prestados à pessoa/família têm sempre sido pautados pelo aprofundamento de conhecimentos no que diz respeito a novas situações e pela aplicação desses conhecimentos na prática clínica.

Formulou o plano de cuidados, estabeleceu prioridades, identificou os resultados e reviu atempadamente esse mesmo plano. Documentou os resultados obtidos e as intervenções realizadas, tendo sempre presente o desenvolvimento de competências orientadas para a preparação pré-operatória da pessoa e família e para as implicações dessa preparação no período pós-operatório e na preparação para a alta.

Por tudo o que foi referido anteriormente considero que merece a classificação de EXCELENTE.

**ANEXO III – APRECIÇÃO PARCELAR DO PERCURSO DE  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SERVIÇO DE INTERNAMENTO  
CIRÚRGICO**



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna Cláudia Gaspar desenvolveu o estágio no serviço de imagem cardiotorácica tendo por base o projeto por si proposto. Apresenta consciência crítica fundamental no processo de diagnóstico de necessidades e aplica nas situações concretas intervenções preventivas e de caráter resolutivo demonstrando capacidade de gestão de cuidados e de continuidade dos mesmos. Desenvolveu as atividades propostas no seu projeto de estágio com celeridade aceitando a crítica construtiva e adaptando-se às alterações necessárias. Excelente capacidade de comunicação na equipa com vista ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

**ANEXO IV - APRECIÇÃO PARCELAR DO PERCURSO DE  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SU**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Cláudia demonstrou ao longo do estágio excelente capacidade de auto-crítica e interesse pela área de urgências e emergências. Considero que cumpriu com os objectivos a que se propôs, não só os objectivos propostos pelo ensino, mas também com os objectivos propostos pelo aluno. Devo salientar que a Cláudia soube integrar o seu projeto de estágio no contexto do estágio de urgências, o que considero fulcral neste percurso. Foi também evidente a capacidade reflexiva da Cláudia no estágio de urgências.

Considero que no geral, foi um estágio excelente e, para ser mais directo, com um percurso de aquisição de competências muito bom, possibilitando assim ao aluno o desenvolvimento de competências. Considero, reflexivamente, a uma grande qualidade do trabalho. A avaliação qualitativa é Muito Boa.

Data:

Tutor

Assinatura

# APÊNDICES

## **APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

### Cronograma de Atividades

[illegible]

## **APÊNDICE II – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## **Plano da Sessão de Formação**

### **“HUMIDIFICAÇÃO DA VIA AÉREA NA PESSOA DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

**Tema:** Cuidados de Enfermagem Especializada à pessoa dependente de ventilação mecânica

**Finalidade/Objetivo Geral:** O grupo deverá adquirir conhecimentos gerais acerca da técnica e dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa dependente de ventilação mecânica, com ênfase nos dispositivos de humidificação da via aérea e aspiração de secreções.

**Objetivos Específicos:**

Que no final da sessão o grupo seja capaz de:

- Definir conceitos centrais;
- Identificar dispositivos de humidificação da via aérea;
- Identificar vantagens e desvantagens associadas a cada um dos dispositivos;
- Refletir nas conclusões de estudos de investigação, desenvolvidos neste âmbito, de forma a sustentar a prática de cuidados de enfermagem especializada.



## **Plano da Sessão**

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do tema/ sumário da sessão; Contextualização do tema; Apresentação dos Objetivos.	Expositiva Interrogativa	Power Point	8´
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Conteúdos a abordar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir conceitos centrais</li> <li>Identificar dispositivos de humidificação da via aérea</li> <li>Identificar vantagens e desvantagens associadas a cada um dos dispositivos</li> <li>Identificar boas práticas de cuidados de enfermagem no que respeita à aspiração de secreções e higiene da cavidade oral;</li> <li>Refletir nas conclusões de estudos de investigação, desenvolvidos neste âmbito, de forma a sustentar a prática de cuidados.</li> </ul> <p>Síntese dos conteúdos abordados na sessão.</p>	Expositiva Demonstrativa Interrogativa	Power Point	30´
<b>Conclusão</b>	Conclusão Avaliação da Sessão Bibliografia	Expositivo Interrogativo	Power Point	10´

**APÊNDICE III – SESSÃO DE FORMAÇÃO: “HUMIDIFICAÇÃO DA VIA AÉREA NA  
PESSOA DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA INTERVENÇÃO DE  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA”**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

# **HUMIDIFICAÇÃO DA VIA AÉREA NA PESSOA DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Cláudia Gaspar

Sob a orientação: Professora Anabela Mendes

# SUMÁRIO

## **Objetivos**

### **1 - Definição de Conceitos**

1.1 – Vias aéreas condutoras

1.2 – Humidade

1.2 – Ventilação Mecânica

### **2 – Humidificação da via aérea em pessoa dependente de ventilação mecânica – que pertinência?**

### **3 – Dispositivos de Humidificação da via aérea**

3.1 – Como funcionam?

3.2 – Quais são?

3.3 – Vantagens e Desvantagens de cada tipo

### **4 – Evidência Científica – FTCH versus HAA**

### **5 – Cuidados de Enfermagem – aspiração de secreções e higiene da cavidade oral**

## **Conclusão**

## **Bibliografia**



# OBJETIVOS

## ○ Geral

- ✓ Adquirir conhecimentos gerais acerca da técnica e dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa dependente de ventilação mecânica, com ênfase nos dispositivos de humidificação.

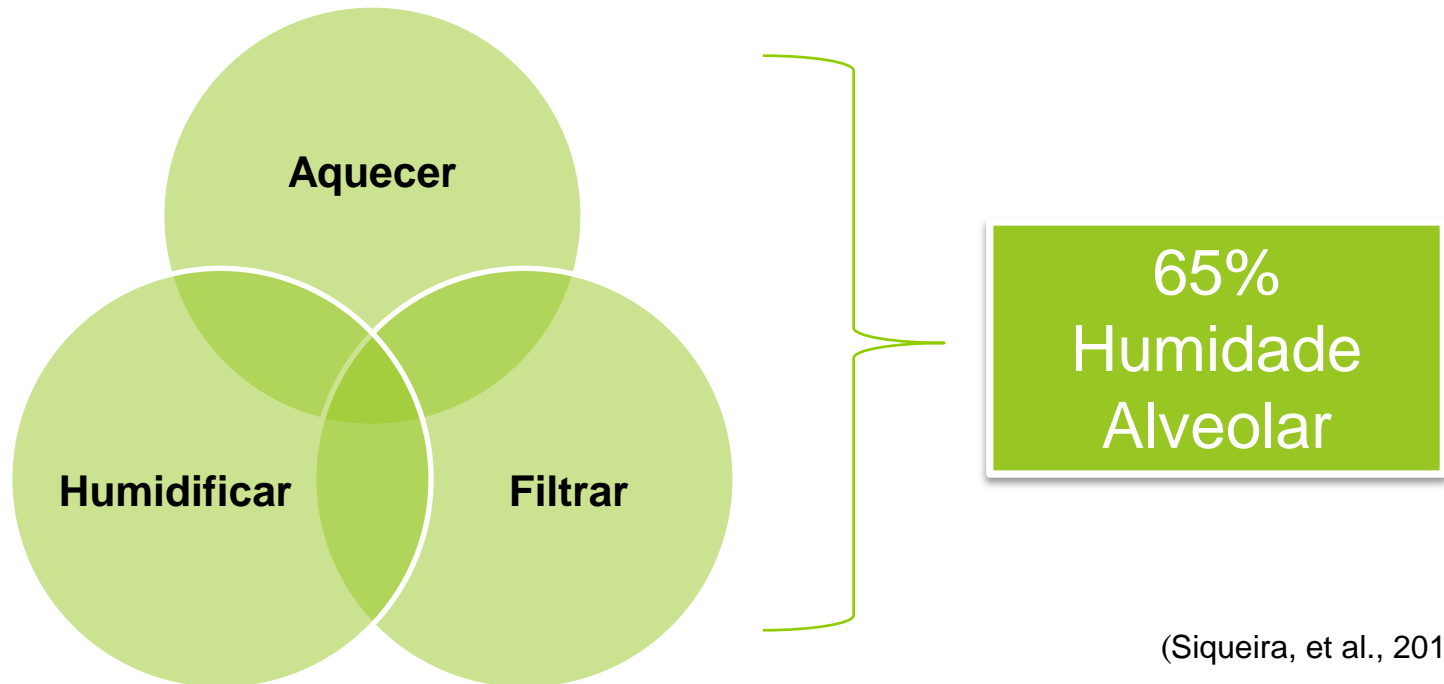
## ○ Específicos

- ✓ Definir conceitos centrais
- ✓ Compreender a importância da humidificação da via aérea da pessoa dependente de ventilação mecânica
- ✓ Identificar dispositivos de humidificação da via aérea
- ✓ Identificar vantagens e desvantagens associadas a cada um dos dispositivos
- ✓ Identificar boas práticas de cuidados de enfermagem no que respeita à aspiração de secreções e higiene da cavidade oral;
- ✓ Refletir nas conclusões de estudos de investigação, desenvolvidos neste âmbito, de forma a sustentar a prática de cuidados.



# 1- DEFINIÇÃO DE CONCEITOS (1)

- 1.1 - Vias aéreas condutoras



(Siqueira, et al., 2010)

# 1- DEFINIÇÃO DE CONCEITOS (2)

## 1.3 - Humidade

- Quantidade de vapor de água contida numa mistura gasosa.
- A quantidade máxima de vapor de água que uma mistura de gás pode conter dependente de vários fatores: sendo a  $t^a$  o fator mais importante.

## ○ 1.2 - Ventilação Mecânica – dois desafios:

- Manutenção da Humidificação - Perda de calor e humidade;
- Prevenção de Pneumonia

## 2- HUMIDIFICAÇÃO DA VIA AÉREA — QUE PERTINÊNCIA?

- “Realizada normalmente pelas mucosas das vias aéreas superiores. Quando a pessoa doente se encontra ventilada esta zona é suprimida sendo necessário proceder à humidificação por meios externos.”

(Urden, Stacy, & Lough, 2008).



### - SECREÇÕES MAIS ESPESSAS



- » de resistência na passagem do ar —
- « eficácia nas trocas gasosas

(Siqueira et al, 2010)





### 3 – DISPOSITIVOS DE HUMIDIFICAÇÃO

Acoplado ao ramo inspiratório do circuito do ventilador.

#### ○ 3.1 - Como funcionam?

- visam a humidificação e o aquecimento do ar inspirado

#### ○ 3.2 - Quais os dispositivos existentes?

- Humidificador Aquoso Aquecido (HAA)
- Filtro Trocador de calor-humidade hidrofóbico/higroscópico (FTCH)  
(também conhecidos como nariz artificial)



## 3 – DISPOSITIVOS DE HUMIDIFICAÇÃO (2)

### ○ 3.3 – Vantagens e Desvantagens

#### **HAA**

- Preservação da “*Clearance*” Mucociliar
- Maior Humidificação do gás inspirado

#### **HAA**

- Elevado Custo
- Aumento do Volume Condensado
- Constante monitorização da temperatura e fornecimento de água
- Uso incorreto – hipo/hipertermia; lesão térmica da VA

#### **FTCH**

- Menor Custo
- Maior facilidade de uso
- Menor Trabalho para o Enfermeiro
- Redução do Volume Condensado

#### **FTCH**

- Aumento trabalho respiratório
- Redução volume/minuto
- Aumento risco de obstrução do tubo endotraqueal
- Passagem de fluídos para o circuito do ventilador

## 4 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA- FTCH VS HAA

Estudo	Principais conclusões
“Long-term effects of different humidification systems on endotracheal tube patency: evaluation by the acoustic reflection method.”(2004)	- O uso prolongado de sistemas de humidificação conduz a uma redução progressiva da permeabilidade do tubo endotraqueal. Este efeito verifica-se em maior medida com o uso de filtros trocadores de calor e humidade do que com humidificadores aquosos aquecidos.
“Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia: A Randomized Multicenter Trial” (2005)	- Neste estudo os autor relatou um menor índice de Pneumonia associada à ventilação mecânica associado ao uso de FTCH do que ao uso de HAA



## 4 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA (2)

Estudo	Principais conclusões
<p>“Estudo comparativo entre os sistemas de umidificação aquoso aquecido e trocador de calor e de umidificação na via aérea artificial de pacientes em ventilação mecânica invasiva” (2006)</p>	<p>- De acordo com este estudos ambos os sistemas fornecem humidades absolutas abaixo do valor recomendado. Apesar disso, os <u>filtros trocadores de calor</u> <u>humidade oferecem uma humidade relativa maior, enquanto que os humidificadores aquosos aquecidos têm melhor desempenho no aquecimento do gás inspirado.</u></p>
<p>“Ventilator-associated pneumonia using a heated humidifier or a heat and moisture exchanger: A randomized controlled trial” (2006)</p>	<p>- O autor deste estudo sobre pneumonia associada aos filtros trocador de calor e umidade e umidificador aquoso aquecido, afirmou que os pacientes submetidos à ventilação mecânica sob FTCU mais que cinco dias, tiveram maior incidência de pneumonia, quando comparados ao HAA.</p>

## 4 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA (3)

Estudo	Principais conclusões
“Incidência de complicações pulmonares em pacientes submetidos aos sistemas de umidificação sob ventilação mecânica” (2008)	-Doentes que <u>utilizaram umidificador aquoso aquecido apresentaram maior incidência de atelectasias e menor risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.</u>
“The clinical and microbiological comparison of the use of heated humidifiers and heat and moisture exchanger filters with Booster in mechanically ventilated patients” (2009)	- Os resultados microbiológicos dos dois tipos de humidificadores são idênticos, <u>contudo os humidificadores aquosos aquecidos apresentam melhores resultados no que respeita à fluidificação de secreções/otimização de valores de PaCO<sub>2</sub>, junto de doentes com doença pulmonar crónica.</u>



## 4 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA (4)

Estudo	Principais conclusões
“A randomized clinical trial to compare the effects of a heat and moisture exchanger with a heated humidifying system on the occurrence rate of ventilator-associated pneumonia” (2009)	- Os <u>filtros trocadores de calor-humidade</u> <u>apresentem mais vantagens do que os humidificadores aquosos aquecidos</u> uma vez que estão associados a uma série de vantagens tais como: redução do trabalho para a equipa de enfermagem, redução de custos financeiros e maior segurança no uso em unidades de cuidados intensivos.
“Mecânica respiratória de pacientes neurocríticos sob ventilação mecânica submetidos à umidificação aquosa aquecida e a um modelo de filtro trocador de calor” (2010)	- Neste estudo conclui-se que a utilização de <u>FTCU</u> <u>pode promover modificações significativas da mecânica respiratória</u> de pacientes neurológicos mecanicamente ventilados.




## 4 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA (5)

Estudo	Principais conclusões
<p>“Trocador de calor e umidade: proteção contra infecções pulmonares? Estudo piloto.” (2012)</p>	<p>- Ao realizar a análise bacteriológica quantitativa entre o filtro trocador de calor e umidade e o sistema de humidificação aquoso aquecido, os autores concluem que <u>não há diferença na prevenção de Pneumonia associada à ventilação mecânica</u>; porém a presença das mesmas bactérias na secreção traqueal e no condensado e ausência destas na membrana do FTCU podem indicar que a principal fonte de contaminação é o próprio paciente.</p>



## 6 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Aspirar secreções

Prevenir a infecção

Assegurar correta  
humidificação da VA

Selecionar dispositivo  
de humidificação da VA

Higiene da Cavidade  
Oral

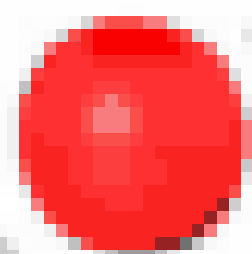
Cuidados com o *Cuff*



# CONCLUSÃO

- Perante uma pessoa dependente de ventilação mecânica, é essencial assegurar uma correta humidificação dos gases inspirados, de forma a prevenir uma série de complicações;
- É essencial uma abordagem multidisciplinar na seleção do dispositivo de humidificação, de acordo com as suas vantagens/desvantagens e individualidade da pessoa dependente de ventilação mecânica;
- Apesar de existirem alguns estudos de investigação neste âmbito, não existe ainda evidência científica que prove um tipo de dispositivo em detrimento de outro.
- No que respeita à Pneumonia associada à Ventilação Mecânica e o tipo de dispositivo de humidificação não existe ainda uma associação clara, apesar de alguns estudos associarem menor risco de Pneumonia ao uso de HAA.





MUITO OBRIGADO!



# BIBLIOGRAFIA

Alcoforado, L., Paiva, D., da Silva, F. S., Galvão, A. M., Filho, V. G., Brandão, D. C., . . . de Andrade, A. D. (2012). Trocador de calor e umidade: proteção contra infecções pulmonares? Estudo piloto. *Fisioter Pesq.*, 19(1), pp. 57-62.

Galvão, A., Galindo, V. F., Marinho, P., Gomes, R., França, E., Brandão, D., . . . Dornelas, A. d. (Julho/Agosto de 2006). ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS DE UMIDIFICAÇÃO AQUOSO AQUECIDO E TROCADOR DE CALOR E DE UMIDADE NA VIA AÉREA ARTIFICIAL DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, pp. 303-308.

Jaber, S., Pigeot, J., Fodel, R., Maggiore, S., Harf, A., Isabey, D., . . . Louis, B. (2004). Long-term effects of different humidification systems on endotracheal tube patency: evaluation by the acoustic reflection method. *Anesthesiology*, 100(4), pp. 782-788.

Lacherade, J. C. (2005). Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia: A Randomized Multicenter Trial. *Respir Crit Care Med*, (172), pp. 1276-1282.

Lorente, L. (2006). Ventilator-associated pneumonia using a heated humidifier or a heat and moisture exchanger: A randomized controlled trial. *Critical Care* 7. pp. 1-7.

Nadir, O. T., Ozcan, K. D., Hizel, K., Gursel, G., Oqzulgen, I., & Aydoqdu, M. (2009). The clinical and microbiological comparison of the use of heated humidifiers and heat and moisture exchanger filters with Booster in mechanically ventilated patients. *Tuberk Toraks*, 57(3), pp. 259-267.

Memish, Z. A., Oni, G. A., Djazmati, W., Cunningham, G., & Mah, M. W. (Outubro de 2009). A randomized clinical trial to compare the effects of a heat and moisture exchanger with a heated humidifying system on the occurrence rate of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Infection Control*, 29(5), pp. 301-305.

Morán, I., Cabello, B., Manero, E., & Mancebo, J. (2011). Comparison of the effects of two humidifier systems on endotracheal tube resistance. *Intensive Care Med*, 37, pp. 1773-1777.

Selvaraj, N. (Outubro de 2010). Artificial humidification for the mechanically ventilated patient. *Art & Science*, 27(8), pp. 41-46.

Silvério, C. R., Tavares, K. F., Lacerda, C. R., & Carneiro, É. M. (Julho/Dezembro de 2008). INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES SUBMETIDOS AOS SISTEMAS DE UMIDIFICAÇÃO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba*, 1(1), pp. 111-119.

Siqueira, T. B., Costa, J. C., Tavares, I. C., Torres, P. M., Andrade, M. A., França, E. É., . . . Andrade, F. M. (2010). Mecânica respiratória de pacientes neurocríticos sob ventilação mecânica submetidos à umidificação aquosa aquecida e a um modelo de filtro trocador de calor. *Rev Bras Ter Intensiva*, 22(3), pp. 264-266.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

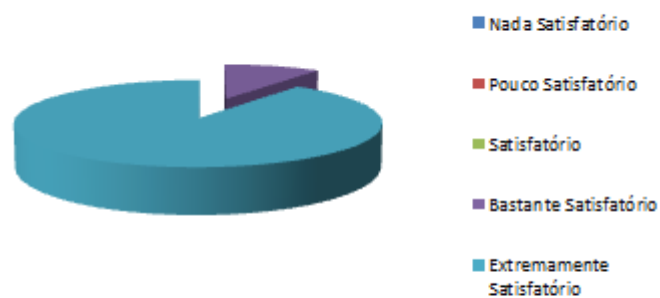


**APÊNDICE IV – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA  
SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## 1 - OBJETIVOS

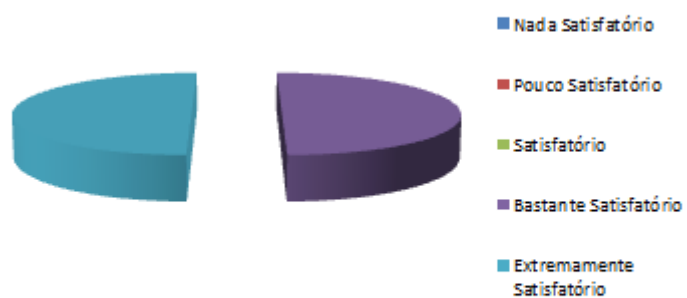


1.1 - Clarificação dos Objetivos Expostos



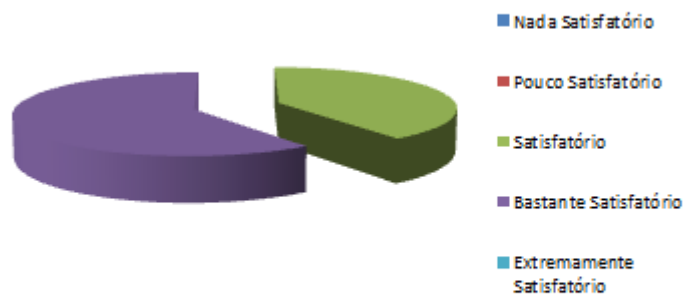
1.2 - Concretização dos Objetivos Expostos

## 2 – UTILIDADE DO TEMA ABORDADO

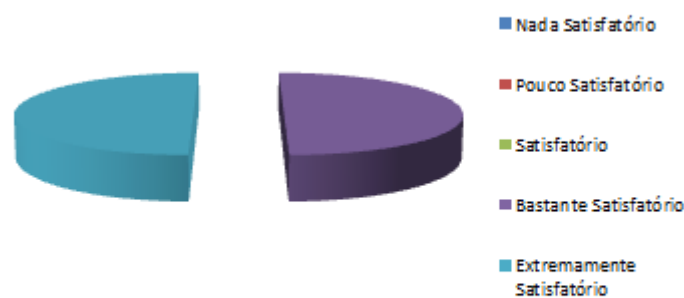


2 - Utilidade do tema abordado

### 3 – AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS



3.1 - Nível de Conhecimento no início da Sessão

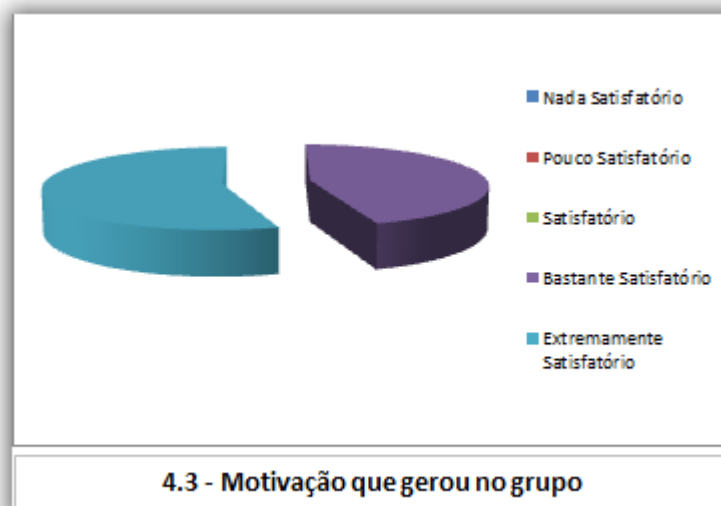
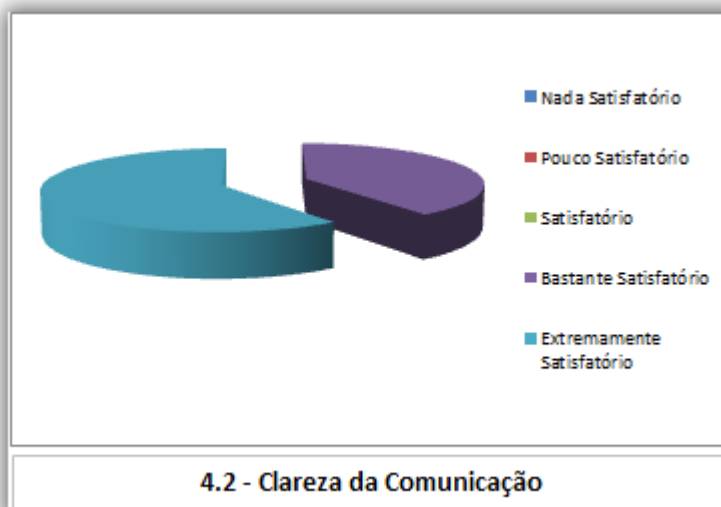


3.2 - Nível de Conhecimento no final da Sessão

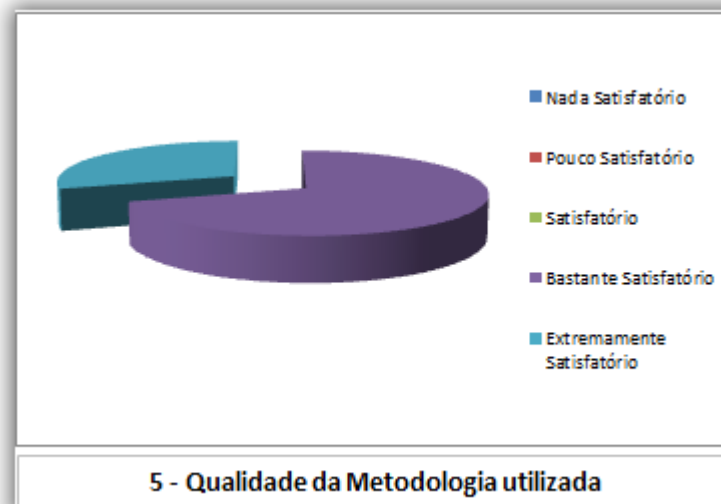
### 4 – FORMADOR (A)



4.1 - Domínio do tema abordado



## 5 – METODOLOGIA UTILIZADA



**APÊNDICE V – RESUMO DO POSTER: “A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA  
CARDÍACA E FAMÍLIA: SUBSÍDIOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”**



## **RESUMO A SUBMETER - POSTER**

### **AUTORES**

Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar – Enfermeira CHLN/HSM Serviço de Cirurgia Cardio-torácica; Estudante de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica – ESEL

Anabela Mendes – Mestre em Enfermagem; Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica; Estudante de Doutoramento em Enfermagem UCP; Professora Adjunta da ESEL - Orientadora do projeto formativo em que se insere este trabalho.

### **TÍTULO**

#### **A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA E FAMÍLIA: SUBSIDIOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**

A vivência de uma transição saúde-doença associada a cirurgia cardíaca tem impacto na pessoa doente e família. Ainda que a taxa de sucesso seja elevada e o período de internamento relativamente curto tem implicações significativas na dinâmica individual e familiar. Traduz-se particularmente numa repentina responsabilização da pessoa submetida a cirurgia cardíaca nomeadamente no seu exercício de autocuidado. Encontram pessoa doente e família de um modo sequencial, múltiplos fatores que acrescem vulnerabilidade à experimentada no período que antecede a cirurgia cardíaca, gerando incerteza e comprometendo o seu bem-estar.

Deste diagnóstico de situação emergiu a seguinte questão de partida: Na pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família (P) como se traduzem no seu quotidiano (O) as intervenções de enfermagem associadas à orientação pré-operatória (I)?

Da revisão sistemática da literatura realizada constata-se que a orientação pré-operatória, entendida como intervenção autónoma/interdependente do enfermeiro, conduz a uma maior tranquilidade, otimismo e sensação de bem-estar na pessoa e família. No período pós cirúrgico verifica-se uma redução no tempo de internamento, na necessidade de analgesia com uma significativa adesão na preparação para a alta, nomeadamente para o exercício do autocuidado.

Verifica-se contudo que apesar destes benefícios surgem lacunas na construção e implementação de protocolos de atuação em contextos específicos e vitais. Carece tal situação do investimento dos enfermeiros nesta área específica de intervenção, nomeadamente na tomada de decisão sustentada na evidência científica produzida que se sabe garantir uma resposta mais efetiva às necessidades das pessoas e vantagens económicas a curto e longo prazo.

Conclui-se que a intervenção do enfermeiro na educação e orientação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família se assume como de real importância. O significado das suas ações é percebido no bem-estar das pessoas e traduz-se efetivamente em ganhos em saúde. Esta assunção implica os enfermeiros num exercício de cuidados de enfermagem individualizados, humanizados e de excelência à pessoa doente e família.

## **BIBLIOGRAFIA**

Goodman, H. (Outubro de 2009). Patient education around cardiac surgery. *British Journal of Cardiac Nursing*, pp. 483-487.

Lapum, J., Peter, E., Angus, J. E., & Watson, J. W. (2011). Patients' discharge experiences: Returning home after open-heart surgery. *HEART&LUNG*, pp. 226-235.

Pritchard, M. (Março de 2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, pp. 35-39.

Santos, J. d., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, pp. 184-187.

Meleis, A, et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nurse Science*. 23(1):12-28.

**APÊNDICE VI - PROPOSTA DE GUIA DE BOAS PRÁTICAS NO ÂMBITO DA  
ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**

## PROPOSTA DE GUIA PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A elaboração deste documento surge como estratégia de resolução face à necessidade manifestada pela equipa de enfermagem quanto à uniformização de informação a transmitir à pessoa doente e família, no âmbito pré e pós-operatório.

### Orientação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca e família – períodos pré e pós-operatório

O planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, tem início no momento da admissão ao serviço. É essencial acolher pessoa doente e família de forma organizada e assertiva.

A construção deste guia tem como principal objetivo:

- Uniformizar os ensinamentos a realizar à pessoa proposta para cirurgia cardíaca e família, no âmbito pré e pós-operatórios.

A orientação pré-operatória é realizada no momento da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, permitindo atenuar sentimentos de ansiedade, *stress*, angústia vivenciados pela pessoa doente e família neste período.

ENSINOS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação;</li><li>- Acolher no serviço, a pessoa referenciada para cirurgia cardiotorácica e família;<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar a estrutura física do serviço;</li><li>• Proceder à colheita de dados – com base na folha da Consulta de Enfermagem Pré-operatória;</li><li>• Colher sangue para tipagem e rotinas, explicando a pessoa doente a sua necessidade;</li><li>• Facultar guia de acolhimento: onde estão descritas informações gerais acerca do funcionamento do serviço/ horário de visitas – respondendo a dúvidas que tenham surgido.</li></ul></li><li>- Informar acerca da <b>preparação física</b> necessária à cirurgia – facultar folheto informativo e compreender se a pessoa doente e família aprenderam ensinamentos realizados;<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteração da dieta – Jejum a partir das 0 horas;</li><li>• Preparação do intestino – facultar 2 carteiras de lactulose ao pequeno-almoço e realizar ensino para a aplicação de microlax, se necessário, no final da tarde do dia que antecede a</li></ul></li></ul>

cirurgia;

- Preparação da pele – no final da tarde do dia que antecede a cirurgia e, na manhã do próprio dia da cirurgia informar da importância de se autocuidar – com clorhexidina a 4% existente no W.C. do serviço. Deve contemplar couro cabeludo e higiene cuidada das unhas.
- Informar da importância da higiene da cavidade oral e fossas nasais, com tantum verde e soro fisiológico, respetivamente.
- Informar quanto à pré-medicação anestésica.

- Providenciar pequeno-almoço para a pessoa doente, informando da necessidade de tomar a sua terapêutica habitual;

- Informar da necessidade de realização de um conjunto de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente: Raio x e ECG. Outros exames podem ser ainda requisitados durante a consulta do médico de serviço, sendo que o encaminhamento para esses exames é também função do enfermeiro;

- Informar que irá também ser observado pelo médico anestesista.

Durante a orientação pré-operatória, pessoa doente e família devem também ser informadas quanto à estrutura física do serviço.

Informações sobre o contexto de pós-operatório imediato, são facilitadoras do processo de transição experienciado pela pessoa doente e família, atenuando sentimentos de incerteza e receios.

### ENSINOS

- Informar quanto ao pós-operatório imediato:

- Acordar na Unidade de Cuidados Intensivos – ambiente estranho;
- Irá sair do Bloco Operatório com: tubo endotraqueal – que será retirado assim que possível - sondas vesical e nasogástrica, cateteres venosos e arteriais e drenagens torácicas.

- Informar que quando acordar terá junto de si um enfermeiro que fará tudo para o compreender, apesar de não se poder expressar verbalmente – pela presença de tubo orotraqueal;

- Informar que é possível que sinta sede, contudo não poderá ingerir líquidos nas primeiras seis horas após a cirurgia, podendo apenas molhar os lábios;

- Explicar a utilização da Escala Numérica na avaliação da Dor, informando que será administrada terapêutica analgésica ao longo de todo o internamento de acordo com o nível de dor que manifeste, ou realizadas outras intervenções não farmacológicas que promovam o seu conforto.

A preparação e planeamento do momento da alta inicia-se, quando a pessoa doente e família são acolhidos no serviço. No momento da colheita de dados, durante a consulta de enfermagem pré-operatória, o enfermeiro deve identificar fatores que a

pessoa doente e família entendem como facilitadoras ou inibidores da transição hospital-domicílio. No momento da alta é importante reforçar os ensinamentos quanto aos cuidados a dar continuidade no domicílio.

ENSINOS
<b>ALIMENTAÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comer várias vezes ao dia (idealmente seis refeições diárias)</li><li>- Ingerir dieta equilibrada e variada. Deve assim, preferir gorduras de origem vegetal, vegetais, frutas, cereais e evitar gorduras de origem animal, alimentos açucarados e bebidas alcoólicas.</li></ul>
<b>FERIDA OPERATÓRIA/CICATRIZ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estar atento ao penso da ferida:<ul style="list-style-type: none"><li>• Caso observe na ferida operatória, rubor e/ou presença de saída de líquido, deve dirigir-se ao Centro de Saúde/Urgência Hospitalar;</li></ul></li><li>- Dirigir-se ao Centro de Saúde para retirar os agramos e pontos segundo as datas constantes na carta pensos de Enfermagem;</li><li>- Após remoção total de pontos e agramos deverá aplicar creme hidratante na cicatriz;</li><li>- Não expor a cicatriz à luz solar durante o horário de maior calor (das 12h às 17h), durante o período de um ano. Caso vá à praia lembrar a importância de aplicar protetor solar fator 50 e uso de t-shirt.</li></ul>
<b>MEMBROS INFERIORES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar ao início da mobilização dos membros inferiores assim que possível.</li><li>- Caso tenha sido submetido a bypass com safenectomia: calçar meias elásticas assim que se levantar e retirá-la antes de se deitar, durante o período de um mês após cirurgia;</li><li>- Nos períodos de repouso:<ul style="list-style-type: none"><li>• Elevar membros inferiores de forma a prevenir edemas e facilitar circulação sanguínea;</li><li>• Não cruzar as pernas.</li></ul></li></ul>
<b>ATIVIDADE FÍSICA E SEXUAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumentar a atividade física de forma gradual e progressiva, fazendo pausas perante sinais de fadiga/cansaço;</li><li>- Aumentar período de caminhada diária/número de degraus subidos, de forma progressiva, intercalada com períodos de repouso;</li><li>- A atividade sexual poderá ser retomada quando a pessoa se sentir capaz de a realizar;</li><li>- Evitar puxar, levantar ou empurrar objetos pesados, durante as primeiras seis semanas após a cirurgia.</li></ul>

**CUIDADOS NA CONTENÇÃO DO TÓRAX**

- Para uma melhor contenção a mulher deverá usar soutien;
- Na mobilização – sentar, levantar, deitar;
- Ao tossir.

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

- Terapêutica geral – incentivo à adesão terapêutica.
- Terapêutica anticoagulação – Entrega de folheto informativo e responder a dúvidas manifestadas pela pessoa doente.

**OUTRAS INDICAÇÕES**

- Evitar conduzir nas primeiras seis semanas após a cirurgia;
- Recorrer ao Centro de Saúde/Serviço de Urgência caso:
  - Tiver febre (T°C igual ou superior a 38°C);
  - Tiver cansaço excessivo, náuseas/vómitos persistentes, sensação de falta de ar, edemas, sentir palpitações ou sangrar com facilidade.

**REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E MOTORA – Enf. de Reabilitação**

- Tosse assistida;
- Exercícios de expansão torácica;
- Vestir/Despir;
- Levante e treino de marcha.

## **APÊNDICE VII – PROPOSTA FOLHA DE COLHEITA DE DADOS**



CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE  
ENFERMAGEM

**Etiqueta de Identificação do doente**

Motivo de Internamento \_\_\_\_\_  
Proveniente de \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

**AUTO-CONHECIMENTO**

**Consciente Orientado Confuso Agitado Inconsciente Nervoso/Ansioso**  
**Escala de Coma de Glasgow (total):** \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Tensão arterial: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg Frequência Cardíaca: \_\_\_\_ bat/min T°C: \_\_\_\_°C  
Frequência Respiratória: \_\_\_\_ ciclos/min Glicémia capilar: \_\_\_\_ mg/dl  
Dor (Aguda -A/Crónica -C): \_\_\_\_\_

**OUTROS DADOS**

Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC (Peso/(Altura)<sup>2</sup>): \_\_\_\_  
Medicação habitual/que suspendeu: \_\_\_\_\_  
Próteses que trouxe consigo: \_\_\_\_\_  
**Uso de substâncias (álcool, drogas, tabaco...):** \_\_\_\_\_  
**ALERGIAS (medicamentosas/alimentares):** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PESSOAIS (médicos e cirúrgicos)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Crença Religiosas/Espiritual: \_\_\_\_\_  
Habita com: \_\_\_\_\_ Prestador de Cuidados: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_  
Terá apoio após alta clínica? \_\_\_\_ De quem? \_\_\_\_\_  
Condições económicas/habitacionais compatíveis com situação clínica? \_\_\_\_\_  
Necessita da intervenção da assistente social? \_\_\_\_\_ Data de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTOCUIDADO** (DEPENDENTE/NÃO DEPENDENTE)

HIGIENE: \_\_\_\_\_ VESTUÁRIO: \_\_\_\_\_ COMER/BEBER: \_\_\_\_\_  
USO DO W.C: \_\_\_\_\_ ACTIVIDADE FÍSICA: \_\_\_\_\_ MEIOS AUXILIARES: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO****RESPIRAÇÃO**

SINTOMA	S	N	OBS./Caract.
Cansaço			
Dispneia			
Tosse			
Expetoração			

**ELIMINAÇÃO VESICAL**

SINTOMA	S	N	OBS.
Incontinência			
Retenção			
Disúria			

**PELE/TEGUMENTOS (S/N)**

Pele seca: \_\_\_\_\_ Pele húmida: \_\_\_\_\_  
Tem eritema: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**CIRCULAÇÃO**

SINTOMA	S	N	OBS./Local
Varizes			
Edema			
Hemorragia			

**ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

SINTOMA	S	N	OBS.
Diarreia			
Obstipação			
Hábitos			

**COMUNICAÇÃO**

Alterações da linguagem: \_\_\_\_\_  
Alterações visuais: \_\_\_\_\_  
Alterações auditivas: \_\_\_\_\_

**PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA**

Catéter (periférico, central, diálise)

Tipo 1 - \_\_\_\_\_; Tipo 2 - \_\_\_\_\_; Data: \_\_/\_\_/\_\_; \_\_/\_\_/\_\_.

Sondas nasodástrica/vesical \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**NOTAS DE ENFERMAGEM**

---

---

---

---

---

---

---

---

ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ n.º Mec: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

**APÊNDICE VIII - FOLHETO INFORMATIVO: “ORIENTAÇÕES PRÉ-  
OPERATÓRIAS”**

Quanto aos seus bens, se possível entregue-os à sua família na véspera da cirurgia. Caso seja impossível estes serão guardados no cofre do serviço.

CUMPRA AS NOSSAS RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, DE FORMA A QUE A SUA PREPARAÇÃO DECORRA DE FORMA SEGURA E SE PREVINAM COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO.

Este folheto foi elaborado pela Enfermeira Cláudia Gaspar, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

## Serviço de Cirurgia Cardiotorácica



## ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIO

## SEJA BEM-VINDO AO NOSSO SERVIÇO!

Associados à vivência da transição saúde-doença, que a cirurgia pode promover, surgem sentimentos de medo, angústia e ansiedade.

Para que esta transição ocorra de forma positiva e tranquila, os enfermeiros deste serviço irão facultar-lhe toda a informação que necessite!

De forma a atenuar as complicações decorrentes deste procedimento cirúrgico é importante que se prepare para a sua cirurgia. Esta preparação é não só psicológica como física.

Assim, o que o espera?

- Será acolhido no serviço, bem como os seus familiares por um Enfermeiro que o acompanhará grande parte do dia;
- Este Enfermeiro irá explicar-lhe a informação necessária para a sua preparação para a cirurgia.

### PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA

- Após lhe serem dadas todas as informações, não tenha receio de expor as suas dúvidas ao médico e enfermeiro.

### PREPARAÇÃO FÍSICA engloba:

- ⇒ Preparação do intestino;
- ⇒ Preparação da pele;
- ⇒ Alteração do regime alimentar
- ⇒ Pré-medicação anestésica;
- ⇒ Realização de exames complementares de diagnóstico (Raio X; ECG, análises, entre outros)

### ⇒ PREPARAÇÃO DO INTESTINO

- ◇ Na manhã do dia que antecede a cirurgia ser-lhe-á providenciado um líquido (laevolac), para regularização do trânsito intestinal;
- ◇ Caso seja necessário, de acordo com a avaliação do enfermeiro, no final da tarde que antecede a cirurgia ser-lhe-ão dados 2 microclisteres.

### ⇒ PREPARAÇÃO DA PELE

- ◇ Para reduzir o risco de infeção após a cirurgia deverá tomar um **duche completo** no final da tarde do dia que antecede a cirurgia e no manhã da cirurgia, com um produto de desinfeção que se encontra no W.C.
- ◇ Não esquecendo de:
  - ◆ Lavar também a cabeça;
  - ◆ Lavar todo o corpo com uma esponja e os genitais com outra esponja e em último lugar.

### ⇒ ALTERAÇÃO DO REGIME ALIMENTAR

- ◇ É essencial que cumpra 8 horas de jejum, sendo-lhe oferecido um leite/chá por volta das 23 horas e depois não deverá ingerir mais líquidos/sólidos.

### ⇒ PRÉ-MEDICAÇÃO ANESTÉSICA

- ◇ Na noite que antecede a cirurgia e na manhã da cirurgia ser-lhe-á administrada medicação relaxante e indutora do sono, para preparar o seu corpo para a anestesia.

**APÊNDICE IX – PROPOSTA DE *CHECK-LIST* RELATIVA AOS ENSINOS**

**ENSINOS À PESSOA PROPOSTA PARA CIRURGIA CARDÍACA E SUA FAMÍLIA –  
CHECK-LIST**

<b>ENSINO SOBRE:</b>	<b>REALIZADO/DATA</b>	<b>DEMONSTRADO/ APREENDIDO</b>
<b>ACOLHIMENTO NO SERVIÇO</b>		
<b>PREPARAÇÃO FÍSICA; PRÉ- OPERATÓRIA</b>		
<b>PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA UCI</b>		
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
<b>FERIDA OPERATÓRIA/CICATRIZ</b>		
<b>MEMBROS INFERIORES</b>		
<b>ATIVIDADE FÍSICA/SEXUAL</b>		
<b>CUIDADOS NA CONTENÇÃO DO TÓRAX</b>		
<b>GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO</b>		
<b>OUTRAS INDICAÇÕES</b>		